



المجلس الاقتصادي والاجتماعي

GENERAL  
Distr.  
E/CN.9/1996/2  
15 January 1996  
ORIGINAL: ENGLISH

لجنة السكان والتنمية  
الدورة التاسعة والعشرون  
الآشباط/فبراير ١٩٩٦-١ آذار/مارس ١٩٩٦  
البند الرابع من جدول الأعمال المؤقت\*

إجراءات متابعة تنفيذ توصيات المؤتمر الدولي  
للسكان والتنمية: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

تقرير موجز بشأن رصد سكان العالم، ١٩٩٦: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

تقرير الأمين العام

ملخص

أعد هذا التقرير وفقاً للصلاحيات الجديدة للجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها الممتد على عدة سنوات والمرتكز على أولويات وموضوعات محددة، وهي الصلاحيات التي أيدتها المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قرارة ١٩٩٥/٥٥.

ويورد التقرير ملخصاً للمعلومات الأخيرة المتصلة بجوانب منتقاة من الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، ويغطي موضوعات مثل ولوج الحياة الإنجابية والأمراض الإنجابية، بما في ذلك السلوك الإنجابي؛ ومنع الحمل، والإجهاض، ووفيات الأمهات وإعتلالهن، والأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)؛ والحقوق الإنجابية؛ والإعلام والتثقيف والإتصال في مجال السكان فيما يتعلق بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. وترد نسخة التقرير الأولية الكاملة التي تم تهيئاً للنشر كورقة عمل في الوثيقة

ESA/P/WP.131.

E/CN.9/1996/1.\*



## المحتويات

<u>الصفحة</u>	<u>الفقرات</u>	مقدمة
٧-١		
٢٢-٨		١-ولوج الحياة الإيجابية
٣٧-٢٣		٢-السلوك الإيجابي
٥٠-٣٨		٣-منع الحمل
٥٩-٥١		٤-الإجهاض
٧١-٦٠		٥-ومعدلات وفيات الأمهات وإعتلالهن
٨٥-٧٢		٦-الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)
٩٤-٨٦		٧-الحقوق الإيجابية
(١٠٣-٩٥)		٨-الإعلام والتثقيف والإتصال في مجال السكان

## جداول

- ١-متوسط شيوع طرائق محددة لمنع الحمل موزعة حسب المناطق
- ٢-تقديرات معدلات وفيات الأمهات وإعتلالهن
- ٣-تقديرات إجمالية للمضاعفات الرئيسية الناجمة عن القبالة والوفيات المترتبة عليها على المستوى العالمي، ١٩٩٥
- ٤-أثر مضاعفات الحمل على الأم والرضع

## مقدمة

١- تم تعريف الصحة الإنجابية بأنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا وإجتماعيا وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته (United Nations, 1995a). ومن ثم، تتجاوز الصحة الإنجابية حدود أعمار الإنجاب لتشمل مشكلات قد تشور خلال سنوات ما قبل الإنجاب وما بعدها على حد سواء. وعلاوة على ذلك، تعنى الصحة الإنجابية ضمنا أن الناس يستطيعون التمتع بحياة جنسية مرضية وأمونة وأن لديهم القدرة على الإنجاب ويتمتعون بحرية تقرير توقيته وتواتره. كما أن تحقيق الصحة الإنجابية يساعد النساء على إجتياز فترتي الحمل والولادة بأمان، فضلا عن تهيئة أفضل الفرص للزوجين لإنجاب وليد موفور الصحة. (United Nations, 1995a)

٢- وتعد الحقوق الإنجابية أساسية لتحقيق الصحة الإنجابية. وتشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان التي أقرتها بالفعل القوانين الوطنية والصكوك الدولية لحقوق الإنسان وبعض الوثائق الأخرى المعتمدة بتوافق الآراء. ويقر تعريف الحقوق الإنجابية الحق الأساسي الذي يتمتع به الأزواج والأفراد في التقرير الحر والمسئول لعدد أطفالهم والمباعدة بين ولادتهم وتوقيت إنجابهم وفي الحصول على المعلومات والوسائل التي تمكنهم من ذلك، ولهم الحق في إتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دونما تمييز أو قسر أو عنف (United Nations, 1995a). ويعنى هذا ضمنا حق الرجال والنساء في الإحاطة بطرائق تنظيم الأسرة المقبولة والفعالة والأمنة التي يقع عليه إختيارهم والتي يستطيعون تحمل أعباءها ماديا.

٣- ويتناقض النهج العريض والشامل للصحة الإنجابية، والذي ورد في التعريفات سالفة الذكر، مع مختلف النهج السابقة الخاصة بالإنجاب. ذلك أن النهج السابقة ركزت على جوانب بعينها من الصحة الإنجابية. فبرامج تنظيم الأسرة، على سبيل المثال، ركزت على توفير المعلومات والخدمات الخاصة بمنع الحمل. وبالمثل ركزت برامج صحة الأم والطفل على الدعوة إلى الإهتمام بصحة الأمهات وأطفالهن، بينما ركزت برامج الأمومة الآمنة على ضرورة توفير رعاية ما قبل الولادة للأم الحامل وتأمين ولادة آمنة لها ورعاية ما بعد الولادة. وحاولت هذه البرامج أيضا التصدي للأخطار الجسيمة التي تتعرض لها النساء أثناء الحمل في ظروف كثيرة.

٤- إن الصحة الإنجابية تشتمل على جميع هذه الجوانب على نحو شامل. ففي الوقت الذي يسلم فيه هذا النهج بأهمية تنظيم الأسرة، يقرر أن الصحة الإنجابية لا تقتصر على أعمار الحمل وحدها وأن الصحة الإنجابية تهم الرجل والمرأة على حد سواء. ويسلم هذا النهج أيضا بأن المعالجة الناجحة لقضايا الصحة الإنجابية تقتضى ضرورة التصدي للحقوق الإنجابية للرجال والنساء والسلوك الإجتماعي والممارسات الثقافية التي تؤثر في نتائج الصحة الإنجابية.

٥- ويستند نهج الصحة الإنجابية على أساس أن الحالة الصحية للأفراد في أي وقت بعينه تتأثر بالتجارب التي مروا بها في مراحل سابقة. فالصحة الإنجابية للرجال والنساء في مراحل الحمل على سبيل المثال لا تعكس تجاربهم الراهنة فحسب، ولكنها تعكس أيضا حالتهم الصحية أثناء مراحل الرضاعة والطفولة والمراهقة. وبالمثل قد تعكس الحالة الصحية في مرحلة ما بعد الإنجاب التجارب الإنجابية في مراحل سابقة من العمر. كما أن تجارب جيل ما قد تكون لها آثار على صحة الجيل الذي يليه.

٦- ويقدم هذا التقرير إستعراضا شاملا لجوانب منتقاة من الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. وتتضمن الموضوعات التي يغطيها التقرير ولوج الحياة الإنجابية، والسلوك الإنجابي؛ ومنع الحمل؛ والإجهاض، ووفيات الأمهات وإعتلالهن؛ والأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيديز)؛ وقضايا السياسة المتعلقة بالحقوق الإنجابية، والإعلام والتثقيف والإتصال في مجال السكان لتعريفهم بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

٧- وقد تم قدر الإمكان إستعراض الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية للرجال والنساء على حد سواء في هذا التقرير. غير أن جمع البيانات والأبحاث تركزت أساسا حتى عهد قريب على سلوك المرأة في مجال الإنجاب ومنع الحمل. ولم يحدث إلا في السنوات القلائل الأخيرة فقط أن بدأت الإستقصاءات الديموغرافية والصحية تشمل عينات من الرجال. وغدت الحاجة إلى إجراء بحوث بشأن المواقف والسلوك الإنجابيين للرجل والمرأة على حد سواء أكثر إلحاحا نظرا للتشديد المتجدد على المسؤولية المشتركة التي يتحملها الطرفان في المسائل المتعلقة بالإنجاب. كما أن ثمة إفتقارا إلى المعلومات في مجال الصحة الإنجابية للمراهقين ومن يكبرونهم سنا من الرجال والنساء الذين لا تتناولهم عادة الإستقصاءات الديموغرافية والصحية في أبحاثها

#### ١-ولوج الحياة الإنجابية

٨- تقع بداية القدرة الإنجابية عادة في العقد الثاني من الحياة. وتعد الأحداث التي تحدد ولوج الحياة الإنجابية بمثابة عناصر حاسمة بالنسبة لكل من الخصوبة والصحة الإنجابية، ولها آثار هامة على صحة الأفراد في المستقبل. وتعرف فترة الحياة التي يبلغ فيها الأفراد مرحلة النضج الجنسي بالمراهقة. والمراهقة هي فترة الإنتقال من الطفولة إلى سن الرشد. ورغم كون هذا التغيير بيولوجيا، فإن مدة المراهقة وطبيعتها تعد أساسا نتاجا إجتماعيا، ومن ثم تتباين تباينا كبيرا من ثقافة إلى أخرى. ويتناول هذا الإستعراض النطاق العمري من ١٥ إلى ٢٤ سنة ولكنه يركز على نحو أكبر على المجموعة العمرية من ١٥ إلى ٢٤ سنة التي تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها فترة الشباب. ويقع في هذه المرحلة العمرية الكثير من التباين الملاحظ بين البلدان والمجموعات السكانية الفرعية في مجال الأحداث التي تحدد بداية الحياة الإنجابية.

٩- إن المراهقة فترة نمو أصبح يعترف بها على نحو متعاظم على أنها عنصر حاسم وهام في تحديد الصحة المستقبلية وكمرحلة حياة جد هشة على حد سواء. ويتزايد الإعراب عن القلق، بصفة خاصة، بشأن تعرض الشباب للأخطار الجنسية وما يترتب على هذا السلوك من نتائج، مثل حمل المراهقات وحدوث الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. وتزيد العوامل الديموغرافية من شدة تحديات التصدي لإحتياجات المراهقين. وتفيد التقديرات أن الشباب (أعمار ١٥-٢٤) شكلوا في عام ١٩٩٥ أكثر من ١٤ في المائة من إجمالي عدد السكان في المناطق الأكثر تقدما وحوالي ٢٠ في المائة في أقل المناطق نموا (United Nations, 1995b).

١٠- وفي عدد من المجتمعات تعنى بداية حيض الإناث النضج والإستعداد للزواج أو ممارسة النشاط الجنسي. وتظهر الدراسات الموثقة لتحديد سن الحيض أن بدايته تتباين في حدود خمس سنوات تقريبا بين مختلف المجموعات السكانية. وتشير متوسطات الأعمار بالنسبة لكل منطقة إلى حدوث بداية الحيض في أكثر المناطق نموا في مراحل أبكر مما عليه الحال في أقل المناطق نموا. وقد إنخفض سن بداية الحيض في معظم البلدان المتقدمة النمو. وإنخفاض هذا العمر أقل توثيقا في البلدان النامية، ولكن ثمة دلائل تشير إلى حوث إنخفاض في سن بداية الحيض في عدد من المجموعات السكانية. ويعنى إنخفاض سن بداية الحيض ضمنا وجود إمكانية للإنجاب على نحو أكثر تبكيرا. ومع ذلك، قد يبدو بصفة عامة، أن أثر هذا العامل البيولوجي قد وزانته مؤثرات أخرى، وبخاصة إرتفاع نسبة الأعمار عند الزواج الأول.

١١- ولقد جرى التقليد على إعتبار سن الزواج بداية لمباشرة النشاط الجنسي، وبالتالي بداية التعرض للإنجاب. وقد يتخذ الزواج أشكالا مختلفة إلى حد كبير، بدءاً من الإقتران الرسمي الذي يقره القانون المدني أو الديني وإنتهاء بالمعاشرة بل وعلاقات التزاور. وبرغم الصعوبات التي تكتنف تعريفات الزواج، ففي الإمكان، عن طريق بحث سن الزواج، تحديد بعض الأنماط العريضة لبداية تعرض الشباب من الذكور والإناث لمباشرة الجنس.

١٢- إن التغييرات في توقيت الزواج الأول في شتى أنحاء العالم موثقة على نحو جيد، ومن الواضح أن سن الزواج الأول بين النساء قد إرتفع إرتفاعا كبيرا في كثير من البلدان. ففي البلدان النامية، وعلى أساس البيانات المتوفرة من الإستقصاءات الصحية والديموغرافية، يمكن دراسة التغييرات في سن الزواج عن طريق عقد مقارنة بين تجربة النساء في مختلف الجماعات. وتستخدم الإستقصاءات تعريفات عريضا للزواج يشمل حالات الإقتران الرسمي وغير الرسمي على حد سواء. وتوضح البيانات أن نسبة المتزوجات بحلول سن العشرين من الفتيات (تراوحت أعمار هذه الفئة بين ٢٠ و ٢٤ سنة وقت إجراء الإستقصاء) كانت أدنى بكثير من نسبة المتزوجات من النساء الأكبر سنا (تراوحت أعمار هذه الفئة بين ٤٠ و ٤٤ سنة في وقت الإستقصاء) في جميع البلدان تقريبا. والتحول إلى الزواج في مرحلة متأخرة أكثر وضوحا في البلدان الأسبوية: حيث يتضح من المتوسط المأخوذ لثمان بلدان أن ٥٧ في المائة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حاليا بين ٤٠ و ٤٤ سنة تزوجن لأول مرة قبل العشرين، بينما الرقم المقابل للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن حاليا بين ٢٠ و ٢٤ سنة هو ٢٧ في المائة. وفي أفريقيا، كان إنخفاض نسبة المتزوجات اللاتي تزوجن في سن العشرين حادا بنفس الدرجة

حيث إنخفضت النسبة من ٧٢ إلى ٥٥ في المائة، ولكن نسبة شيوع زواج المراهقات مازالت أعلى كثيرا من نظيرتها في آسيا. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، كانت التغيرات في توقيت الزواج الأول أكثر تواضعا، ومتوسط نسبة المتزوجات قبل سن العشرين تصل إلى ٤٧ في المائة وهي نسبة أعلى عن نظيرتها في آسيا إلى حد ما.

١٣- وقد ارتفع سن زواج النساء أيضا خلال العشرين عاما الماضية في البلدان المتقدمة النمو؛ وإن كانت المعلومات المتصلة بالإتجاهات في سن الزواج لا يمكن مقارنتها بالمعلومات الخاصة بالبلدان النامية، لأن معظم البيانات المستمدة من السجل المدني تقتصر فقط على الزواج القانوني. وفي عام ١٩٧٠، ارتفع سن الزواج لأول مرة في بلدان شمال أوروبا وغربها إلى ٢٥-٢٧ سنة. ولوحظت زيادات كذلك في النسبة في أمريكا الشمالية. أما في شرق أوروبا وجنوبها كانت التغيرات في سن الزواج أكثر تواضعا.

١٤- ويوجد في معظم البلدان إتجاه عام نحو الزواج المتأخر مع تزايد المستوى التعليمي. وتمثل الإقامة في الحضر والريف عنصرا إضافيا مؤثرا على سن الزواج بين النساء. ويتضح من بيانات الإستقصاءات الصحية والديموغرافية أن النساء اللاتي قضين فترة عشر سنوات على الأقل في التعليم يتزوجن بعد أولئك اللاتي حصلن على مستوى تعليمي أدنى من المرحلة الابتدائية بفترة تتراوح ما بين سنتين وسبع سنوات. والنساء اللاتي يعشن في المناطق الحضرية عادة ما يتزوجن بعد نظيراتهن الريفيات، رغم تباين البون الفاصل بين الحضر والريف تباينا كبيرا. وفي كثير من البلدان النامية، هناك إختلاف قدره ٢٠ في المائة أو نسبة أكبر من ذلك يتزوجن بحلول سن العشرين. والفارق ضئيل في البلدان الأخرى.

١٥- ولقد تضاءلت الإختلافات في سن الزواج بين الرجال والنساء مع مرور الوقت في بلدان أفريقيا، وبخاصة في شمال أفريقيا وآسيا وكثير من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي. وبرز التجانس بجلاء أكبر في في البلدان التي كانت الإختلافات فيها أكبر. وفي أمريكا الشمالية وأوروبا، تضاءلت الفوارق بين الجنسين بنسبة أكبر في العقود الأخيرة.

١٦- وفي أوروبا يتوافق الإتجاه الصاعد في سن الزواج مع تزايد نسبة المعاشرة بدون زواج. وتشير البيانات الأخيرة إلى أن نسبة المعاشرة بدون زواج في المرحلة العمرية ١٥-١٩ تتراوح بين صفر ٢٠ في المائة تقريبا. ويصل شيوع المعاشرة بدون زواج قمته في الفترة العمرية ٢٠-٢٤، وذلك في نطاق يتراوح بين ١٠ و ٤٠ في المائة ثم تهبط النسبة بعد ذلك. والسبب الرئيسي في تدنى نسبة المعاشرة غير الرسمية بعد سن ٢٥ يرجع إلى تعاظم شيوع الزواج الرسمي. ومن ثم، يمكن إعتبار المعاشرة تمهيدا للزواج أو بديلا عنه.

١٧- ولقد لعب التأخير في توقيت الزواج الأول دورا أساسيا في تدنى الخصوبة في كثير من البلدان لأن معظم الولادات مازالت تحدث في إطار الزواج. غير أن إرتفاع سن الزواج لا يترجم بالضرورة بتقليل فترة الحياة الإنجابية. إذ تتزايد حالات الولادة قبل الزواج في عدد من البلاد في أنحاء العالم. فضلا عن ذلك، يوحى إنتشار الأمراض المنقولة عن طريق

الإتصال الجنسي بين المراهقين غير المتزوجين بأن النشاط الجنسي قبل الزواج ليس غير شائع وقد يكون في تزايد.

١٨- ويكشف عدد كبير من الدراسات الإستقصائية عن وجود تباين واسع النطاق في السلوك الجنسي بين الشباب . ففي بعض مناطق العالم، يبدأ النشاط الجنسي في فترة مبكرة وغالبا ما يكون خلال فترة ما قبل الزواج، بينما تمليه في مناطق أخرى قوانين إجتماعية صارمة ويتزامن عموما مع الزواج ، ورغم هذا، فإنه قد يحدث أيضا في فترة مبكرة جدا. ورغم قلة توافر البيانات المنهجية والتباين في سلوك الشباب الجنسي، تبرز بعض الأنماط العريضة من القرائن المتاحة.

١٩- ففي معظم مناطق العالم، يتحدث الرجال عن بداية ممارستهم للجنس في سن أكثر تبكيرا من النساء وعن عدد أكبر من الشريكات وإنقضاء فترة أطول بين ممارسة الجنس لأول مرة والزواج. وإحتمالات حديث الرجال عن ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج أكبر منها عند النساء. ولل فروق العمرية بين رفقاء الجنس آثار هامة على الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي. وفي العادة، يختار الرجال شركائهم في الجنس من الإناث الأصغر سنا. الأمر الذي يزيد من إحتمالات تعرض النساء للأحث سنا للأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. والعلاقات التي تقوم بين رجال أكبر سنا ونساء أحدث عمرا في تزايد مضطرد في بعض أجزاء أفريقيا.

٢٠- وفي البلدان الصناعية، ثمة مؤشرات تفيد وجود زيادة في النسبة الإجمالية للشباب الناشط جنسيا. وثمة ما يدل على تدنى السن بالنسبة لبداية ممارسة الجنس، كما أن نسبة أكبر من المراهقين متورطون في علاقات معاشرة جنسية.

٢١- وقد إرتفع سن الزواج في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وأمريكا اللاتينية والكاريبى. ويبدو أن سن بدء ممارسة الجنس ظل على ما هو عليه دونما تغيير، وإن كان النشاط الجنسي يبدأ في سن مبكرة في كثير من البلدان. ويعنى إرتفاع سن الزواج، بدون حدوث تغيرات في سن بدء ممارسة الجنس، أن عددا أكبر من الشباب يتعرضون للممارسة النشاط الجنسي السابق لمرحلة الزواج.

٢٢- وثمة معلومات ضئيلة متوفرة عن السلوك الجنسي للشباب في آسيا. ومن المفترض عادة أن ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج غير شائعة فضلا عن خضوعها لقيود إجتماعية قوية. ولئن كانت القرائن شحيحة، إلا أن عددا قليلا من الدراسات يشير إلى تزامن بدء ممارسة الجنس مع الزواج بالنسبة لغالبية الفتيات أو أن يكون تمهيدا للزواج. ومن ثم فإن أية زيادة في سن الزواج سوف يترتب عليها أيضا زيادة في سن بد مباشرة الجنس.



## ٢- السلوك الإنجابي

٢٣- يقدر معدل الخصوبة الإجمالي الراهن في العالم ب ٣,١ طفلا لكل امرأة (United Nations, 1995b). غير أن هذا المتوسط يخفى تنوعا كبيرا بين الأقاليم وداخلها. فالبنون الناصل بين الأقاليم الأكثر تقدما (حيث يصل معدل الخصوبة الإجمالي إلى ١,٧) والأقاليم الأقل تقدما حيث يصل معدل الخصوبة الإجمالي إلى ٣,٥) مازال شاسعا، رغم أنه أخذ في التضاؤل بالمقارنة مع الماضي. وقد لوحظ أن أعلى معدلات الخصوبة الإجمالية يوجد في أفريقيا (٥,٨)، تليها أمريكا اللاتينية والكاريبى (٣,١)، وآسيا (٣,٠). وعلى المستوى القطرى، تتراوح معدلات الخصوبة الحالية ٧,٦ في اليمن و ١,٢ في إيطاليا وإسبانيا.

٢٤- وخلال العقد الماضي، واصلت الخصوبة إتجاهها نحو التدنس. فعلى المستوى العالمى، إنخفض متوسط عدد الأطفال لكل امرأة من ٣,٦ في ١٩٨٥-١٩٨٠ إلى ٣,١ في ١٩٩٥-١٩٩٠. غير أن التغير الأساسى فى السلوك الإنجابى يختلف اختلافا كبيرا حسب المناطق. ففى أكثر المناطق نموا، تعرضت الخصوبة، التى كانت تحت مستوى الإحلال فى الفترة الأخيرة من السبعينيات، لإنخفاض طفيف، بينما فى المناطق الأقل نموا إنخفضت الخصوبة من ٤,٢ إلى ٣,٥. وكان الإنخفاض أكثر تواضعا فى أقل البلدان نموا، حيث إنخفضت الخصوبة من ٦,٤ إلى ٥,٨ طفلا.

٢٥- وفى العقود الأخيرة، أصبح حمل المراهقات قضية تثير قلقا متزايدا فى البلدان النامية والعالم المتقدم النمو.. وثمة إدراك متزايد بأن الحمل المبكر يشكل خطرا صحيا على المرأة والطفل وقد يقلص المستقبل التعليمى للفتاة ومستقبلها الإقتصادى وقرتها على كسب رزقها ورفاهها كله.

٢٦- وتفيد التقديرات أن حوالى ١٥ مليون فتاة، تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة على مستوى العالم يضعن مولودا كل عام وأن حوالى ١١ فى المائة من جميع الأطفال الرضع يولدون لأباء مراهقين (United Nations, 1995b). غير أن ثمة تباينا كبيرا بين مختلف المناطق. إذ يصل معدل خصوبة المراهقين فى أقل البلدان نموا (١٤٠ حالة ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة دون العشرين من العمر) ضعف معدله فى البلدان النامية (٦٥ حالة ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة) وأربعة أمثال معدله فى البلدان المتقدمة النمو (٣٢ حالة ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة). وتصل معدلات خصوبة المراهقين فى الأقاليم النامية أعلى مستوى لها فى أفريقيا (١٣٦ حالة ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة)، تليها أمريكا اللاتينية والكاريبى (٧٩ حالة ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة). وتصل هذه المعدلات إلى أدنى مستوى لها فى آسيا (٤٥ حالة ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة). وعادة ما ترتبط المعدلات المرتفعة لحمل المراهقات بنط الزواج المبكر.

٢٧- ورغم أن خصوبة المراهقين باتت تعتبر على نحو مطرد كقضية من قضايا الإهتمام السياسى والإجتماعى، فإن معدلات الخصوبة بين النساء دون العشرين قد إنخفضت جنبا إلى

جنب مع معدلات الخصوبة عموماً في العالم كله، نظراً لارتفاع سن الزواج وتزايد فرص التعليم للفتيات وإزدياد استخدام وسائل منع الحمل. غير أن هناك بعض الاستثناءات لإتجاه تدنى معدلات الخصوبة، على سبيل المثال في هايتي والهند والولايات المتحدة الأمريكية.

٢٨- وكثيراً ما أُعتبر التعليم بمثابة عامل حاسم ومؤثر على السلوك الإنجابي. فوفقاً لدراسة أخيرة أجرتها الأمم المتحدة، يقترن تعليم المرأة عالمياً بتدنى معدلات الخصوبة (United Nations, 1995c). ويوجد في بعض بلدان أمريكا اللاتينية أضخم فوارق في مجال الخصوبة بين النساء الأكثر حظاً من التعليم والنساء غير المتعلّقات. وتتراوح هذه الفوارق بين ٣ و ٥ أطفال لكل امرأة وفوارق الخصوبة بسبب التعليم ليست متجانسة في مختلف البلدان، مما يوحي بأن الأثر الناجم عن تعليم المرأة مرتهن بمستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية، والبيئة الاجتماعية، والبيئة الثقافية. وفي المجتمعات النامية المعاصرة، يتجه أثر تعليم الأفراد على حالات الحمل إلى الإزدياد قوة كلما تحسنت الظروف الاقتصادية والاجتماعية ومجمل المستوى التعليمي في المجتمع.

٢٩- ولتوقيت بداية الحمل آثار هامة بالنسبة للأفراد والأسر والمجتمعات. وفي معظم البلدان النامية يقع معدل ولادة الطفل الأول بين سنة وسنتين بعد الزواج الأول. غير أن الزواج ليس هو الوضع الوحيد الذي تتم فيه حالات الحمل. ففي كثير من البلدان المتقدمة النمو، تشكل الزيادة السريعة في حالات الحمل خارج إطار الزواج - وهو أمر وثيق الصلة بالمعاشرة - إحدى أهم التحولات في أنماط بناء الأسرة. وفي المناطق النامية، يعد الحمل خارج نطاق فراش الزوجية، أمراً نادر الحدوث نسبياً في آسيا، ولكنه شائع في أفريقيا وأمريكا اللاتينية والكاريبى، مما يدل على ارتفاع نسبة شيوع حالات الإقتران التوافقية.

٣٠- ويعد توقيت بداية الأمومة متماثلاً على نحو ملحوظ في طائفة عريضة من المجتمعات النامية: إذ يميل إلى الوقوع بين ١٩ و ٢٢ سنة. وفي معظم البلدان المتقدمة النمو، يقع توقيت الأمومة في فترة لاحقة من العمر، عادة ما تكون بين ٢٢ و ٢٧ سنة. وكان الإتجاه الذي لوحظ خلال العقد الأخير في البلدان النامية والمتقدمة النمة على حد سواء يميل إلى تأخير نمط تكوين الأسرة. أما الفترة الزمنية لحمل النساء، أي متوسط عدد السنوات التي تنقضى بين المولود الأول والأخير، فهي أطول في أفريقيا (١٥-٢٠ سنة)، تليها آسيا (١١-١٧ سنة)، ثم أمريكا اللاتينية والكاريبى (١١-١٦ سنة).

٣١- وتباين أفضليات الخصوبة تبايناً كبيراً في شتى المناطق. فحجم الأسرة المطلوب أكبر ما يكون في أفريقيا جنوب الصحراء (٤-٨ أطفال)، تليها آسيا (٣-٥ أطفال)، ثم شمال أفريقيا (٣-٤ أطفال) وأمريكا اللاتينية والكاريبى (٣-٤ أطفال). ويشير الإتجاه الملاحظ إلى تزايد تفضيل النساء للأسر الأصغر حجماً.

٣٢- ويوحى البون اشاسع بين حجم الأسرة المثالي الذي تريده المرأة وحالت حملها الفعلية أن تطلعات المرأة الإيجابية نادرا ما تتحقق. وتتضح عدم كفاية سيطرة المرأة على الإنجاب من النسبة المرتفعة لحالات الحمل غير المخططة. وتتراوح النسبة المئوية لحالات الولادة غير المرغوب فيها بين ٢ و ٢٦ في أفريقيا، و ٦ و ٢١ في آسيا، و ٥ و ٢٥ في أمريكا اللاتينية والكاريبى. وتتراوح النسبة المئوية لحالات الولادة سيئة التوقيت بين ٦ و ٥٢ في أفريقيا، و ٨ و ٢٨ في آسيا، و ١٣ و ٢٥ في أمريكا اللاتينية والكاريبى.

٣٣- وفى البلدان المتقدمة النمو، تعد الأسرة التي لها طفلان هي المثل الأعلى السائد، وفى حالت كثيرة يتجاوز العدد المفضل من الأطفال معدل الخصوبة الإجمالى الفعلى. غير أن عدد الولادات غير المقصودة يعد كبيرا نسبيا، برغم إرتفاع نسبة شيوع إستخدام وسائل منع الحمل. ففى الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، تفيد البيانات أن ١٢ فى المائة من جميع المواليد غير مرغوب فيهم وأن ٢٧ فى المائة من المواليد جاؤوا فى توقيت غير مناسب.

٣٤- وتعانى نسبة تتراوح بين ٨ و ١٢ فى المائة من جميع الأسر من شكل ما من عدم الخصوبة خلال حياتها الإيجابية، وهذه مشكلة يتعرض لها ما بين ٥٠ و ٨٠ مليون من الأفراد على مستوى العالم (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩١). وتعزى أسباب عدم الخصوبة، بالنسبة لعدد قليل من الأسر (أقل من ٥ فى المائة) إلى عوامل تشريحية أو وراثية أو مناعية أو ذات صلة بالغدد الصماء. غير أن مشكلات عدم الخصوبة فى معظم الحالات تنجم عن أسباب يمكن تفاديها، مثل الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسى والتي لم يتم معالجتها، أو مضاعفات بعد الولادة أو بعد الإجهاض أو وجود تشوهات فى الجهاز التناسلي للمرأة.

٣٥- وقد وثقت الدراسات السابقة وجود نسبة مرتفعة من ضعف الخصوبة فى أفريقيا، وبخاصة فى أفريقيا الوسطى. غير أن البيانات الأخيرة التي أوردتها الأستقصاءات الصحية والديموغرافية لا تكشف عن وجود مستويات مرتفعة من حالات عدم الخصوبة الفطرية، ذلك أن نسبية النساء اللاتي لم يرزقن بأطفال من بين جميع النساء المتزوجات (٤٠ سنة) لا تتجاوز ٦ فى المائة فى أى من البلدان التي شملتها الأستقصاءات. غير أن إنتشار العقم الناجم عن المرض فى أفريقيا، يصبح أكبر كثيرا فى حالة عدم الخصوبة الثانوى: فنسبة النساء (أعمار ٢٠-٣٤ سنة)، واللاتي عانين من عدم الخصوبة فى وقت لاحق، تقدر بأكثر من ٢٠ فى المائة فى بنين وبوتسوانا وكوت ديفوار وغانا وليبيريا ومالى وموريتانيا ونيجيريا والسنغال والسودان وأوغندا وزيمبابوى وأكثر من ٣٠ فى المائة فى الكاميرون. (Larsen, 1994).

٣٦- وثمة عدد من العوامل المتصلة بمنع الحمل قد تؤثر تأثبا يثا على بقاء ورفاه الأمهات والأطفال. فحالات الحمل المبكرة أكثر من اللازم أو المتأخرة أكثر من اللازم فى حياة الأم، وحالات الحمل المتكرر وحالات الحمل المتقاربة التي من العوامل التي تشكل مخاطر أكبر من المخاطر العادية على صحة الأطفال والنساء. وتكشف بيانات الأستقصاءات الصحية

والديموغرافية عن أن نسبة المئوية للمواليد الذين يتعرضون لهذه الأخطار مرتفع علي نحو ملحوظ، وهو يتراوح بين ٥٣ و٧٣ في أفريقيا، و٢٨ و ٧٩ في آسيا، و٤٦ و ٦٦ في أمريكا اللاتينية والكاريبي، وعامل الخطورة الأكثر شيوعا هو تكرار الحمل يليه قصر الفترة الفاصلة بين الولادات.

٢٧-ورغم أن توزيع التغيرات العمرية للخصوبة وتوزيع الولادات والمباعدة بينها يمكنها أن تسهم في تخفيض معدل الوفيات بين الأمهات، فإن معظم النساء اللاتي يمتن بسبب الحمل أو الإجهاض أو الولادة لايقعن ضمن هذه الفئات العالية الخطورة. ذلك أن الظروف الإقتصادية والإجتماعية والتعليم والتغذية والرعاية الصحية تعد في أغلب الأحيان عوامل أكثر حسما وأهمية بالنسبة لصحة النساء وبقائهن. وتتباين تغطية خدمات الأمومة تباينا عظيما بين مختلف الأقطار. ففي ١٥ بلدا ناميا ضمن ٤٤ بلدا، كانت نسبة المواليد الذين حصلت النساء من أجلهم على خدمات سابقة للولادة أقل من الثلثين، وفي ١٧ بلدا من إجمالي ٤٥ بلدا، تم إجراء أقل من نصف الولادات لى أيدي خبراء مدرّبين.

### ٢- منع الحمل

٢٨- يشكل تنظيم الأسرة جزءا لا يتجزأ من الصحة الإنجابية. ومنذ الستينيات، كانت هناك زيادة مستمرة في استخدام وسائل منع الحمل في البلدان النامية. وفي بداية الستينيات، حين كان متوسط المعدل الإجمالي للخصوبة في أقل المناطق نموا ٦,١ طفلا لكل امرأة، كان مستوى شيوع استخدام وسائل منع الحمل -الإستخدام الشائع في الأسر التي بها امرأة في سن الإنجاب- أقل من ١٠ في المائة تقريبا في البلدان النامية، بينما تظهر الإستقصاءات الأخيرة أن شيوع إستخدام وسائل منع الحمل في هذه المناطق قد إرتفع إلى ٥٣ في المائة بحلول ١٩٩١. وفي البلدان متقدمة النمو، يصل متوسط استخدام وسائل منع الحمل إلى ٧١ في المائة، وبالنسبة للعالم ككل كانت النسبة ٥٧ في المائة (أنظر الجدول أ). ويعد مستوى استخدام وسائل منع الحمل في أفريقيا، حيث يصل إلى ١٩ في المائة، أدنى بكثير من مستوى المتوسط في المناطق النامية الأخرى: ٧٩ في المائة في شرق آسيا، و٤٣ في المائة في بقية آسيا والأوقيانوس، و٥٩ في المائة في أمريكا اللاتينية والكاريبي .

جدول متوسط شيوع استخدام طرائق محددة من وسائل منع الحمل موزعة حسب المناطق (أ)

(النسبة المئوية للأسر التي توجد بها امرأة في سن الإنجاب)

المناطق والأقاليم الرئيسية	جمع الطرق (١)	طرق حديثة (٢)	تعقيم إناث ذكور (٣) (٤) (ب)	أقراص (٥)	حقن (٦)	وضع أجهزة داخل الرحم (٧)
العالم	٥٧	٤٩	١٨ ٤	٨	١	١٢
أقل المناطق نموا	٥٢	٤٨	٢١ ٤	٦	٢	١٢
أفريقيا	١٩	١٥	١ ٠,١	٧	٢	٤
آسيا والأوقيانوس (ج)	٥٨	٥٤	٢٤ ٥	٥	٢	١٦
شرق آسيا (ج)	٧٩	٧٩	٣٣ ٩	٣	٠,١	٢١
بلدان أخرى (د)	٤٢	٣٦	١٧ ٢	٦	٣	٥
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٥٩	٤٩	٢١ ١	١٧	١	٦
الأقاليم الأكثر تقدما	٧١	٥١	٨ ٥	١٧	٠,١	٥

## (تابع الجدول السابق)

المناطق والأقاليم الرئيسية	الأكياس الواقية (٨)	طرق الحجز المهلبى (٩)	النسق التنظيمى (١٠)	الإنسحاب (١١)	طرق أخرى (١٢)
العالم	٥	١	٣	٤	١
أقل الأقاليم نموا	٢	٠,٢	٢	٢	١
أفريقيا	١	٠,٢	٢	١	١
آسيا والأوقيانوس	٢	٠,٢	٢	٢	٠,٣
شرق آسيا	٢	٠,٣	٠,٤	٠,١	-
بلدان أخرى	٣	٠,١	٣	٢	١
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٢	١	٦	٣	٠,٥
الأقاليم الأكثر نموا	١٤	٢	٦	١٢	١

المصدر: رصد سكان العالم ١٩٩٦ (منشور الأمم المتحدة بصدد الصدور)

مذكرة: هذه التقديرات تعكس إفتراضات بشأن إستخدام وسائل منع الحمل فى بلدان لا يوجد بها بيانات متاحة.

(أ) على أساس بيانات الإستقصاءات المتاحة الأكثر حداثة: متوسط بيانات ١٩٩١

(ب) تتضمن الطرق الواردة فى العمودين ٣ و ٩

(ج) بإستثناء اليابان

(د) أستراليا ونيوزيلندا وأوروبا وأمريكا الشمالية واليابان

٣٩- يعكس التحول فى ممارسة إستعمال وسائل منع الحمل تزايد إهتمام الأسر والأفراد بتكوين أسر أصغر حجما وبإختيار توقيت الحصول على أطفالهم. ويعكس ذلك أيضا الزيادة الكبيرة فى توافر وسائل منع حمل حديثة وفعالة فى البلدان النامية ومعلومات وخدمات تخطيط الأسرة المتصلة بذلك. ورغم أن التقديرات الحديثة فى المناطق المتقدمة النمو تتصل أساسا بطرائق معينة لضبط النسل وليس بمجمل مستوى إستخدام وسائل منع الحمل، فإن إستحداث طرق جديدة أفضى أيضا إلى حدوث تحول فى ممارسة إستخدام وسائل منع الحمل.

٤٠- ومعظم المستخدمين لوسائل منع الحمل من النساء. ومعظمهن يستخدمن الأساليب الحديثة. وتصل نسبة طرق الإمداد "الحديثة" والطرق السريرية الفعالة نسبيا إلى حوالي ٨٧ في المائة من وسائل منع الحمل المستعملة على مستوى العالم كله. ويصل نصيب استخدام الطرق النسائية الثلاث الرئيسية -تعقيم المرأة والأجهزة التي تثبت داخل الرحم والأقراص التي تؤخذ عن طريق الفم - على أكثر من ثلثي الوسائل المستخدمة في منع الحمل على مستوى العالم، وثلاثة أرباع الوسائل المستخدمة في أقل المناطق نموا - وبصفة عامة تمثل الوسائل الحديثة لمنع الحمل المستخدمة في البلدان النامية نسبة أكبر من نظيرتها في البلدان المتقدمة النمو، وتقدر النسبة ب ٩١ و ٧٣ في المائة على التوالي. ويصل متوسط شيوع استخدام طرق الإمداد والطرق السريرية إلى ٥١ في المائة في أكثر المناطق تقدما و ٤٨ في المائة في أقل المناطق نموا. أما شيوع استخدام الطرق غير المعتمدة على الإمدادات والطرق التقليدية، فإنه يختلف على نحو أكبر بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية، وتصل نسبة استخدام هذه الوسائل بالنسبة لمجموعتي البلدان سالفتي الذكر إلى ٢٠ في المائة و ٥ في المائة على التوالي. وتشمل هذه المجموعة من الطرق الإمتناع الدوري (عن ممارسة الجنس) أو ما يسمى بالنسق التنظيمي أو تنظيم مواعيت لممارسة الجنس أو الإنسحاب (سحب القضيب من المهبل قبل القذف) والإمتناع الكامل واستخدام الدش المهبلي ومختلف الطرق الشعبية الأخرى. ويعكس إرتفاع مستويات استخدام هذه الطرق في البلدان المتقدمة النمو إستمرار أثر أنماط ضبط الخصوبة التي كانت قد إستقرت قبل مجيء عصر وسائل منع الحمل الحديثة وكذلك إنعدام توفر كبير في الطرق الأحدث في بعض البلدان. ولقد مرت بعض البلدان المتقدمة النمو التي كان ينتشر فيها استخدام الوسائل التقليدية قرب السبعينات بمرحلة إنتقال ملحوظة نحو استخدام الوسائل الحديثة: ومنها بلجيكا وفرنسا والمجر على سبيل المثال. ومع ذلك تشير الإستقصاءات التي أجريت في بعض بلدان شرق أوروبا في التسعينات إلى وجود مستويات مرتفعة من شيوع استخدام الطرق التقليدية، ومن أمثلة ذلك جمهورية التشيك ورومانيا وسلوفاكيا.

٤١- وتظهر معظم البلدان النامية التي توجد بها بيانات إتجاهات متاحة زيادة كبيرة في الآونة الأخيرة في استخدام وسائل منع الحمل. ويتضح من دراسة الإتجاهات في الفترة الواقعة بين آخر الإستقصاءات والإستقصاءات التي أجريت قبل عشر سنوات مضت أن الزيادة في استخدام وسائل منع الحمل كانت أسرع في البلدان التي كان إستخدامها لهذه الوسائل معتدلا في بداية الفترة. وبينما كانت نسبة شيوع الاستخدام تتراوح بين ١٥ في المائة و ٥٠ في المائة، إرتفع مستوى استخدام وسائل منع الحمل بعد ذلك بنسبة تتجاوز ١ في المائة سنويا في أكثر من ٨٠ في المائة من البلدان. وعلى العكس من ذلك، حدثت الزيادات السنوية بمعدل ١ في المائة أو أكثر في ٥٥ في المائة تقريبا من البلدان النامية حيث كان شيوع الاستخدام في البداية إما أقل من ١٥ في المائة أو أكثر من ٥٠ في المائة. ورغم أن متوسط مستوى استخدام وسائل منع الحمل مازال أكثر تدنيا في أفريقيا عنه في البلدان النامية الأخرى، فإن الإستقصاءات التي أجريت في السنوات القلائل الأخيرة مازالت تعزز حقيقة زيادة إستعمال وسائل منع الحمل في أفريقيا جنوب الصحراء.

٤٢- وفيما يتعلق بإستخدام أنواع بعينها من وسائل منع الحمل، فإن إزدياد إستعمال أسلوب تعقيم المرأة يعد الإتجاه الأكثر شيوعا في البلدان النامية والمتقدمة النمو على حد

سواء. ومع ذلك هناك كثير من البلدان الفرادي التي توجد بها طرق أخرى تعد مسئولة عن معظم الإتجاه الأخير. وبينما هناك إتجاه عام لأن تصبح الطرق الحديثة كمجموعة أكثر شيوعا على مر الزمن، إلا أنه ليس هناك ما يدل على أن أنماط الإستخدام المتباينة على الصعيد الوطني تباينا كبير في طريقها إلى الإلتقاء على طريق الجمع بين نفس الوسائل. ونادرا ما يحدث أن يكون نوع بعينه من وسائل منع الحمل هو الأكثر شيوعا في الإستخدامات الحالية.

٤٣- وتشير الإستقصاءات الأخيرة إلى حدوث زيادة في مستوى إستخدام الأكياس الواقية في كثير من البلدان، مما يدل على أن الحملات الترويجية لهذه الطريقة تحقق أثرها المطلوب. وفي المتوسط، تقدر نسبة إستخدام الأكياس الواقية ب ٨ في المائة فقط من ممارسات منع الحمل التي أبلغت عنها النساء المتزوجات. على أن ثمة إتجاه بين الرجال لإستخدام هذه الطريقة على نحو أكبر من النساء. ومستويات إستخدام الأكياس الواقية بين الرجال غير المتزوجين عادة ما تكون أعلى من مستويات إستخدام المتزوجين لها، رغم أن المستوى العام لإستخدام وسائل منع الحمل يعد أكثر إرتفاعا بين الرجال المتزوجين.

٤٤- وبرغم النمو الأخير السريع في إستخدام وسائل منع الحمل، تفيد مجموعة من المؤشرات أن مستوى الإحتياجات غير الملباة مازال مرتفعا، حيث أن نسبة تتراوح بين ٢٠ في المائة و ٢٥ في المائة من الأسر في البلدان النامية (بإستثناء الصين) مهددة بتعرض الزوجة لحمل غير مرغوب فيه أو سوء التوقيت، ولكن هذه الأسر لا تستخدم وسائل منع الحمل. وفي أفريقيا وفي بعض البلدان في مناطق أخرى، هناك نسب كبيرة من السكان مازالت دون علم بأي نوع من أنواع وسائل منع الحمل. وفضلا عن ذلك، فإن النسبة المئوية للنساء اللاتي يعلمن بوجود مكان يحصلن فيه على معلومات تنظيم الأسرة أو خدماتها تكون في بعض الأحيان أقل من النسبة المئوية للنساء اللاتي لم يسمعن عن وجود أية طريقة. وفي آسيا وشمال أفريقيا، تعلم ٩٠ في المائة أو أكثر من النساء بوجود أماكن للخدمات في أكثر من ثلاثة أرباع البلدان التي توجد لها بيانات متاحة. وقد تم بلوغ هذا المستوى في أمريكا اللاتينية والكاريبي في حوالي ٦٠ في المائة من البلدان. غير أن هذا المستوى من معرفة الخدمات لوحظ في بلدين فقط من بين ٢٣ بلدا في أفريقيا جنوب الصحراء (بوتسوانا وزيمبابوي)

٤٥- وبصفة عامة، تعكس مشكلات محدودة المعلومات عن تنظيم الأسرة وفرصة الحصول عليها، الصعوبة التي تعاني منها حكومات كثيرة في مد نطاق الخدمات على مستوى الأمة وليس تعتمد اعتماد سياسة ما لتقييد فرصة الحصول على الخدمات. وبحلول ١٩٩٥، كان هناك حكومتان فقط (من بين ١٩٠ حكومة) تنتهجان سياسة رسمية للحد من الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، بينما ٨٢ في المائة من الحكومات وفرت دعما مباشرا لخدمات تنظيم الأسرة. وتفيد عمليات التقييم لمختلف جوانب سياسة تنظيم الأسرة والأداء البرنامجي، التي أجريت في عام ١٩٨٢، ١٩٨٩، و١٩٩٤ وجود نمو سريع في الجهود البرنامجية وتوفير الطرائق في الثمانينات. ولوحظت زيادة أخرى في كثير من البلدان منذ ١٩٨٩، ولكن بإيقاع أبطأ بالمقارنة بالفترة الواقعة بين ١٩٨٢ و١٩٨٩. وعلى أساس تقييمات مراقبين وأسعى الإطلاع لتوفر خمسة أنواع من وسائل منع الحمل، تذهب التقديرات إلى أن الأكياس



الواقية فى ١٩٩٤ كانت متوافرة لحوالى ثلثى سكان البلدان النامية تقريبا، والأقراص والأجهزة التى توضع داخل الرحم وتقيم النساء لنسبة تتراوح بين ٦٠ و ٦٥ فى المائة. أما تعقيم الذكور، فقد ارتوى أنه كان متاحا لنسبة تقل قليلا عن ٥٠ فى المائة من السكان. ورغم التحسينات الضخمة، فإن وسائل منع الحمل أقل توفرا إلى حد كبير فى مناطق أفريقيا جنوب الصحراء بالمقارنة مع المناطق الأخرى.

٤٦- وفى معظم البلدان النامية، تعد مستويات استعمال وسائل منع الحمل أعلى بكثير بين نساء الحضر والنساء المتعلقات تعليما راقيا عما هو عليه الحال بين نظيراتهن من سكان الريف والأقل حظا من التعليم. وخلال فترة ال ١٠-١٥ سنة الماضية، تغير حجم التباينات الإجتماعية فى ممارسة وسائل منع الحمل تغيرا ضئيلا جدا، وإن كان هذا يعزى جزئيا بصفة خاصة للتغيرات الموازنة فى مختلف البلدان. فحيثما كان إستخدام وسائل منع الحمل منخفضا فى البداية، كان نطاق التباينات يزداد إتساعا، وكان العكس صحيحا فى البلدان التى كانت فيها مستويات الإستخدام مرتفعة من قبل فى وقت أكثر تبكيرا فى المناطق الحضرية أو بين النساء ذات المستوى الرفيع من التعليم.

٤٧- وينطوى الكثير من الإستقصاءات على عدد محدود من الأسئلة الموجهة إلى النساء المتزوجات عن الإستخدام الحالى لوسائل منع الحمل. وفى الآونة الأخيرة، طرح عدد كبير من الإستقصاءات هذه الأسئلة على نساء غير متزوجات، وتفيد هذه البيانات أن قصر التركيز على النساء المتزوجات يترك جانبا نسبة كبيرة من مستخدمى وسائل منع الحمل فى كثير من الحالات. وفى أفريقيا جنوب الصحراء وفى أكثر المناطق تقدما التى تتوافر لها هذه المعلومات، نجد أن النساء اللاتى لايعشن فى حالة إقتران زواجى يشكلن ربع جميع مستخدمى وسائل منع الحمل، فى المتوسط، وفى أمريكا اللاتينية والكاريبى يشكلن ١٠ فى المائة.

٤٨- وبينما تستخدم بعض الأسر وسيلة واحدة لمنع الحمل إستخداما ناجحا لعدة سنوات، فمن المرجح أن يوقف الكثيرون إستخدام وسيلة منع الحمل هذه أو التحول فى مرحلة ما عن إستخدام هذه الطريقة الأولى إلى طريقة أخرى. وتفيد دراسات عدم الإستمرار فى إستخدام وسائل منع الحمل أنه خلال عام من بدء إستخدام الأقراص، تتراوح نسبة النساء اللاتى يوقفن إستعمالها بين ٤٠ فى المائة و ٦٠ فى المائة، وبين ١٥ فى المائة و ٣٠ فى المائة بالنسبة للأجهزة التى توضع داخل الرحم، وأكثر من ٦٠ فى المائة بالنسبة للأكياس الواقية، وحوالى ٤٠ فى المائة بالنسبة للإمتناع الدورى (بما فى ذلك طريقة التنظيم التقويمى). وتختلف أسباب وقف الإستخدام حسب الطريقة المستعملة. وبصفة عامة، فإن الطرق التى تتمتع بدرجة عالية فى منع الحمل، غالبا ما يكون لها آثار جانبية والعكس صحيح.

٤٩- وتظهر الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل والقلق المقترن بإستخدامها على نحو منتظم فى الدراسات التى تجرى على مختلف السكان على أنها أحد شواغل المرأة الرئيسية بشأن طرق منع الحمل الحديثة. وكثيرا ما تذكر الشواغل الصحية والآثار الجانبية كسبب فى وقف إستخدام هذه الطرق، وفى كثير من الحالات، تتحدث نسبة كبيرة من النساء المهيدات

بحالة حمل غير مرغوب فيها عن أن الشواغل الصحية تشكل السبب الرئيسي بالنسبة لهن لعدم إستعمال وسائل منع الحمل. وفي الوقت نفسه، ترجع الزيادة الأخيرة في مستوى إستخدام وسائل منع الحمل كلية تقريبا إلى تزايد إستخدام الطرق الحديثة. وتفيد الدلائل أنه على رغم نجاح الطرق الحديثة مع كثير من الأسر، فإن إستخدامها مازال يمثل إختيارات صعبة لأسر كثيرة أخرى. ولا بد أن يكون الإعتداد المتزايد السرعة على الطريقة الدائمة للتعقيم الجراحي إنعكاسا جزئيا لعيوب الطرق والخدمات المؤقتة المتاحة حاليا.

٥٠- ورغم أن المعلومات بشأن وسائل منع الحمل والإحتياجات غير الملباة قد أستمدت من الإستقصاءات الخاصة بالمرأة، فإن كثيرا من الإستقصاءات في الآونة الأخيرة وجهت أسئلة للرجال عن هذه الموضوعات. وقد شرع الآن فقط في تحليل هذه المعلومات تفصيلا. وفي بعض البلدان، صرحت نسبة كبيرة من النساء، اللاتي يعانين على ما يبدو من حاجة غير ملباة للحصول على وسائل منع الحمل، أنهن لا يستخدمن أية وسيلة بسبب معارضة أزواجهن، وهذا قد يعنى إما معارضة وسائل منع الحمل بصفة عامة أو خلافا بشأن عدد الأطفال وتوقيت إنجابهم. والبيانات المتاحة بشأن الخلافات بين الأزواج تشير إلى مجموعة من المواقف التي يستحيل في معظم الأحيان تحديد أهميتها النسبية كليا. ومن الواضح أن بعض الرجال يتوقعون القيام بأنفسهم بتحديد الإختيار بشأن إستخدام وسائل منع الحمل (حتى وإن كانت المرأة هي التي تستخدم وسيلة من هذه الوسائل)، بينما رجال آخرون يرون أن هذه المسؤولية تقع كلية على عاتق المرأة. وفي بعض البلدان، لا يعرف كثير من الشركاء رأى الطرف الآخر بشأن تنظيم الأسرة. ومن ثم فإن مسألة كيفية حل الخلافات بين الزوجين من الناحية العملية تستأهل إهتماما أكبر من ذلك الذي حظيت به حتى اليوم، وهذا يقتضى الحصول على معلومات قابلة للمقارنة من كل من الرجال والنساء.

#### ٤- الإجهاض

٥١- تم إجراء ٢٥ مليون عملية إجهاض قانونية على مستوى العالم في ١٩٩٠ تقريبا، بما يعنى حالة إجهاض واحدة لكل ستة مواليد. ويجب إعتبار هذه التقديرات على أنها تمثل الحد الأدنى لعمليات الإجهاض القانونية، حيث أنه لم تبذل أية محاولات لتقدير مدى حالات الإجهاض القانوني التي لم يتم الإبلاغ عنها. ونظرا للطبيعة السرية لعمليات الإجهاض غير الآمنة، فمن الصعب جدا تقدير مدى حدوثها. وتقدر منظمة الصحة العالمية عدد عمليات الإجهاض غير الآمنة ب ٢٠ مليونا تقريبا سنويا، أي عملية إجهاض غير آمنة لكل سبعة مواليد (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤). ومن ثم، يعتقد أن الحد الأدنى لعمليات الإجهاض التي تجري سنويا يصل إلى ٤٥ مليونا على مستوى العالم، أي حالة إجهاض واحدة تقريبا لكل ثلاثة مواليد.

٥٢- ولقد بلغ الإجهاض المستحث درجة كبيرة من الشيوع الواضح للعيان في كثير من البلدان، النامية والمتقدمة النمو على حد سواء. وفي بعض الحالات، أعربت الجماهير عن قلقها أساسا بسبب المستويات المرتفعة الباعثة على الإنزعاج لوفيات الأمهات وإعتلالهن بسبب

الإجهاض غير الآمن. وفي حالات أخرى، نجم شيوع هذه القضية بين المملأ على نحو أكبر عن ماجرى من حوار حول الوضع الأخلاقي والقانوني للإجهاض والدور الذي ينبغي أن تنهض به الدولة للسماح بالإجهاض المستحث أو رفضه.

٥٣- وفي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في ١٩٩٤، كانت قضية الإجهاض من أكثر القضايا الخلافية المثارة، حيث أن كثيرا من الحوار تناول بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مختلف القضايا المتصلة بالإجهاض. وفي نهاية الحوار إتفقت الوفود على صياغة مؤداها أنه لا ينبغي الترويج للإجهاض في أية حالة من الأحوال كوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. وتم حث جميع الحكومات والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية لكي تعزز التزامها حيال صحة المرأة وضرورة التصدي لمعالجة الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاض غير الآمن بإعتبار أن ذلك شاغل صحي جماهيري رئيسي وضرورة الحد من اللجوء إلى الإجهاض من خلال خدمات تنظيم الأسرة المحسنة والممتدة على نطاق واسع. (United Nations, 1995a). (الجزء أولاً من القرار الأول، المرفق الخامس، الفقرة ٢٥/٨).

٥٤- إن الإجهاض المستحث هو واحد من أقدم طرق ضبط الخصوبة وواحد من أوسعها استخداما. (United Nations, 1995d). وهو يمارس في المجتمعات الريفية النائية وفي مراكز حضرية حديثة كبيرة وفي جميع مناطق العالم، وإن كانت النتائج الناجمة عنه تختلف من مكان إلى آخر. ففي البلدان التي يكون فيها الإجهاض قانونيا ومتاحا على نطاق واسع، عادة ما تشكل حالات الإجهاض خطرا ضئيلا نسبيا على الصحة الإنجابية للمرأة. وحيثما يكون الإرهاب غير قانوني، فإنه على العكس من ذلك، يتم في ظروف غير صحية ودون المستوى الطبي المطلوب، مما يؤدي إلى حدوث نسبة مرتفعة من المضاعفات وإلى إعتلال مزمن، وفي معظم الأحيان يؤدي إلى الوفاة. والحقيقة أن منظمة الصحة العالمية قدرت أن أكثر من ٧٠,٠٠٠ امرأة تموت سنويا نتيجة للمضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن. وعلاوة على ذلك، قد تتضمن النتائج الطويلة المدى الناجمة عن الإجهاض غير الآمن حدوث آلام مزمنة في الحوض، ومرض التهابات الحوضية، والإنسداد الأنبوبي، وعدم الخصوبة الثانوية، وإزدیاد خطورة الإجهاض التلقائي في حالات الحمل اللاحقة. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤)

٥٥- وتوجد تباينات أساسية في حدوث الإجهاض غير الآمن حسب المناطق. فحدوث الإجهاض غير الآمن يتراوح بين ثلاثين حالة أو أكثر بالنسبة لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة في شرق أفريقيا وغربها وأمريكا اللاتينية والكاريبى والإتحاد السوفيتي السابق، وبين أقل من حالتين لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة في شمال أوروبا وأمريكا الشمالية. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤). ويمكن تفسير بعض التباينات في حدوث الإجهاض غير الآمن بالطبيعة غير المقيدة لقوانين الإجهاض في شمال أوروبا وأمريكا الشمالية (١١ من ١٢ بلدا تسمح بالإجهاض بناء على الطلب أو لأسباب إجتماعية أو إقتصادية)، بالمقارنة مع شرق وغرب أفريقيا وأمريكا اللاتينية والكاريبى (يسمح بلدان من ٤٥ بلدا بالإجهاض بناء على الطلب أو لأسباب إقتصادية أو إجتماعية). ومع ذلك، لايعني عدم وجود قيود قانونية على الإجهاض بالضرورة ضمان الحصول على إجهاض آمن، كما يتضح ذلك من

المعدل المرتفع نسبيا في حدوث الإجهاض غير الآمن في الإتحاد السوفيتي السابق ( قدرت منظمة الصحة العالمية حدوث ٣٠ حالة إجهاض غير آمن لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة)، رغم توافر أسلوب الإجهاض حسب الطلب منذ عام ١٩٥٦.

٥٦- وإتساقا مع تزايد الإهتمام الإنجابي للمراهقين، يشكل إجهاض المراهقين مجال قلق متعاظم الأهمية. فنظرا لأن المراهقين يكونون في بعض الأحيان غير مستعدين أو غير قادرين على إلتماس رعاية صحية مناسبة وينتظرون وقتا أطول في فترة الحمل للحصول على المساعدة، فإن الإجهاض المستحث عادة ما يمثل خطرا على صحة وحياة المراهقة أكبر مما يمثله على حياة المرأة الراشدة. ووفقا لتقديرات الأمم المتحدة الأخيرة، شكلت حالات الإجهاض بين المراهقين نسبة تتراوح بين ١٥ و ٢٥ في المائة من إجمالي حالات الإجهاض القانوني المبلغ عنها في عدد من البلدان المتقدمة النمو والنامية.

٥٧- وعلى أساس المعلومات المتاحة ل ١٩٣ بلدا، تسمح الأغلبية العظمى من البلدان (٩٨ في المائة) بإجراء عمليات الإجهاض لإنقاذ حياة المرأة (United Nations, 1992, 1993, 1995d). وفي عدد من هذه البلدان تسمح القوانين الجنائية بالإجهاض على هذا الأساس بوجه خاص. وفي بلدان أخرى، مع ذلك، يجب النظر في قوانين أخرى أو في قرارات المحاكم لتحديد ما إذا كانت هناك إستثناءات للحظر العام للإجهاض.. فعلى سبيل المثال، تسمح مدونة الأخلاقيات الطبية في هوندوراس بالإجهاض لإنقاذ حياة المرأة. وفي نيبال، فسرت قواعد المجلس الطبي على أساس أنها تسمح بالإجهاض في حالات متنوعة؛ وفي أيرلندا، حكمت المحكمة العليا بجواز إجراء عملية الإجهاض لإنقاذ حياة المرأة الحامل. غير أنه في بلدان أخرى يمكن الإستناد إلى مبدأ الضرورة في القانون الجنائي لإستثناء توقيع العقوبات على إجراء عملية إجهاض لإنقاذ حياة المرأة الحامل. وتتضمن الأمثلة كذلك جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الدومنيك ومصر والفلبين .

٥٨- ويسمح بالإجهاض للحفاظ على صحة المرأة الجسمانية في ١١٩ بلدا (٦٢ في المائة). ويسمح عدد أقل من البلدان (٩٥ بلدا أو ٥٠ في المائة) بالإجهاض للحفاظ على صحة المرأة العقلية، و ٨١ بلدا (٤٢ في المائة) يسمح به حين يكون الحمل نتيجة إغتصاب أو غشيان محارم. ويتدنى الرقم إلى ٧٨ بلدا (٤٠ في المائة) حين تكون هناك إمكانية لتشوه الجنين، وإلى ٥٥ بلدا (٢٩ في المائة) حين تكون هناك ظروف إقتصادية أو إجتماعية تبرر ذلك. وأخيرا يتاح الإجهاض بناء على طلبه في ٤١ بلدا (٢١ في المائة).

٥٩- وتكشف دراسات سياسات الإجهاض من منظور سكاني عن أن ٩٦ في المائة من سكان العالم يعيشون في بلدان تسمح بالإجهاض لإنقاذ حياة المرأة، و ٧٥ في المائة يعيشون في بلدان تسمح بالإجهاض للحفاظ على صحة المرأة الجسمانية، و ٦٩ في المائة يعيشون في بلدان تجيز الإجهاض قانونيا للحفاظ على صحة المرأة العقلية، و ٧٢ في المائة يعيشون في بلدان يجاز فيها الإجهاض حين يكون ناتجا عن إغتصاب أو غشيان محارم. وتنخفض النسبة

إلى ٦٤ في المائة حين يكون هناك احتمال لتشوّه الجنين وإلى ٤٤ في المائة في البلدان التي تسمح بالإجهاض لأسباب إقتصادية أو إجتماعية. وأخيراً فإن الإجهاض متاح بناءً على الطلب بالنسبة ل ٢٨ في المائة من سكان العالم.

#### ٥-وفيات الأمهات وإعتلالهن

٦٠- من بين المؤشرات الصحية ومؤشرات الوفاة، تظهر مؤشرات معدلات الوفاة وجود فوارق حادة حسب مستويات التنمية. إن معدل وفيات الأمهات يعد مؤشراً حاسماً لوضع المرأة في المجتمع، ولفرصة حصولها على الرعاية الصحية وكفاية نظام الرعاية الصحية للإستجابة لإحتياجاتها. ومن ثم لا تلمس الحاجة فقط للحصول على معلومات عن مستويات وفيات الأمهات وإتجاهاتها لتقييم أخطار الحمل والولادة، ولكن أيضاً لما يعنيه ذلك ضمناً بالنسبة لصحة المرأة عموماً ورفاهها الإقتصادي والإجتماعي.

٦١- وثمة صعوبة بالغة لتقييم مستويات وفيات الأمهات على المستوى الوطني. فالقيام بهذه المهمة يقتضى توفر معلومات عن وفيات النساء اللاتي يكن في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) وسبب الوفاة وكذلك عما إذا كانت المرأة حاملاً في وقت الوفاة أو كانت حاملاً في عهد قريب منه. غير أن عدداً قليلاً من البلدان يقوم بتسجيل جميع المواليد والوفيات، بل ويقوم عدد أقل من البلدان بتسجيل سبب الوفاة؛ ويتدنى العدد أكثر فأكثر حين يتعلق الأمر بتسجيل حالة الحمل في شهادة الوفاة.

٦٢- وبطبيعة الحال، فالبلدان التي توجد بها أقل النظم تقدماً في تسجيل الأحياء هي حتماً التي توجد بها أسوأ المؤشرات الصحية. وفي مثل هذه الظروف، ينبغى إستحداث طرائق بديلة لتقدير مستويات وفيات الأمهات. ولقد تم تصميم مجموعة من المنهجيات المبتكرة للتغلب على مشكلة عدم وجود البيانات في البلدان التي تعاني من نظام تسجيل أحياء سيء أو غير قائم. فعلى سبيل المثال، يمكن قياس وفيات الأمهات عن طريق إدراج أسئلة عن الحمل والوفيات في الإستقصاءات الأسرية التي تجرى على نطاق واسع، ولكن هذا الأسلوب يقتضى توفر حجم كبير من العينات فضلاً عن كونه مكلفاً ويستغرق وقتاً طويلاً. وثمة نهج أكفأ من حيث الكلفة يتمثل في طريقة "الأختية" التي تضيف إلى الإستقصاءات الأسرية الراهنة عدداً قليلاً من الأسئلة البسيطة عما إذا كانت أخوات من تتولى الرد على الإستقصاء مازالت على قيد الحياة أم لا. وفي هذه الحالة، تمس الحاجة إلى أحجام عينات أصغر كثيراً لأن كل من تقوم بالرد من النساء يمكن أن توفر معلومات عن عدد من الأخوات. ومع ذلك، لا تفضى النتائج إلى التقديرات الراهنة، ولكنها تعطى فكرة عن مستويات وفيات الأمهات قبل عشر سنوات مضت تقريباً.

٦٣- إن أفضل أسلوب لقياس معدلات وفيات الأمهات في غياب وجود سجل للأحياء يتمثل في تحديد وتحقيق أسباب جميع وفيات النساء اللاتي في سن الإنجاب -إستقصاء

راموس Ramos لوفيات سن الإنجاب. وينبغي الاستفادة من مصادر معلومات متعددة - مثل السجلات المدنية، وسجلات المرافق الصحية، وقادة المجتمعات المحلية، والهيئات الدينية، ومتعهدي الجنازات، وموظفي المقابر، وتلاميذ المدارس - للتعرف على جميع الوفيات وتحديدها. وبعد ذلك تستخدم المقابلات مع أعضاء الأسرة، ومقدمي الرعاية الصحية، وسجلات المرافق لتصنيف الوفيات كوفاة أمهات أو غير ذلك (التشريح الشفوي). ورغم أن دراسات راموس تعتبر المعيار الذهبي لتقدير وفيات الأمهات، إلا أنها أيضا تستغرق الكثير من الوقت فضلا عن تعقيد إجراءات تنفيذها (ولاسيما على نطاق واسع)

٦٤- وبسبب صعوباتها وتكاليفها، لم تنفذ سوى تسع بلدان نامية طريقة "راموس" أو الدراسات الأسرية لتقدير وفيات الأمهات على المستوى الوطني. وفي مثل هذه الظروف، ينبغي إستحداث طرق أخرى لتوفير تقديرات وافية عن مدى المشكلة. وقد إستحدثت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) تقديرات جديدة لمعدلات وفيات الأمهات إستخدمت فيها إستراتيجية "قولبة" بسيطة. وهذه الإستراتيجية تقوم على مجموعات البيانات الراهنة وتستخدم متغيرين مستقلين - معدلات الخصوبة العامة ونسبة المواليد الذين تمت ولادتهم على يد أشخاص مدربين - وذلك للتنبؤ بالتقديرات بالنسبة للبلدان التي لا توجد بها تقديرات وطنية سليمة لوفيات الأمهات.

٦٥- والمقصود من النموذج أساسا أن يستخدم في البلدان التي لا توجد بها تقديرات لمعدلات وفيات الأمهات أو حيثما كان هناك تخوف بشأن عدم كفاية التقديرات المبلغرة رسميا. ويقدم النموذج أرقاما عن النسب الحجمية وليس عن التقديرات المحددة لمعدلات وفيات الأمهات. والأخطاء المعيارية المتصلة بمعدلات وفيات الأمهات المتوقعة كبيرة جدا. فضلا عن ذلك، تغطي المعدلات المستمدة من عملية "القولبة" فترة زمنية قدرها عشر سنين (تقريبا من ١٩٨٢ - ١٩٩٢). وبالتالي، لا يمكن إستخدامها في الرصد المعتاد للإتجاهات. والأرقام تتصل بالفترة القريبة من عام ١٩٩٠ وينبغي أن ينظر إليها على أنها إعادة حساب لتنتج ١٩٩١ الذي أعدته منظمة الصحة العالمية في وقت سابق وليس كمؤشر عن الإتجاهات منذ ذلك الوقت.

٦٦- وترد النتائج الأولية للنموذج الجديد في الجدول ٢. وتدل النتائج على أن معدلات وفيات الأمهات أعلى مما كان مقدرًا من قبل، حيث قدر عدد الوفيات بين الأمهات بحوالي ٥٩٠,٠٠٠ في مقابل ٥٠٩,٠٠٠ وفقا للنموذج السابق. وأكبر الإختلافات بين النموذجين القديم والجديد في أفريقيا، حيث يصل معدل وفيات الأمهات وفقا للتقديرات الجديدة إلى ٨٧٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي، مقارنة بالتقديرات السابقة وقدرها ٦٣٠ لكل ١٠٠,٠٠٠. وعلى العكس من ذلك، تظهر التقديرات التي أسفر عنها النموذج الجديد لآسيا وأمريكا اللتينية والكاريبي عن تغيرات ضئيلة نسبيا بالمقارنة مع النموذج السابق.

## الجدول ٢ - تقديرات وفيات الأمهات ومعدلات وفيات الأمهات، ١٩٩٠

المناطق والأقاليم الرئيسية	العدد بالآلاف	وفيات الأمهات النسبة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حتى
العالم	٥٩٠	٤٢٩
المناطق الأكثر تقدماً	٤	٢٧
المناطق الأقل نمواً	٥٨٦	٤٧٩
أفريقيا	٢٣٨	٨٧٨
آسيا	٣٢٣	٢٨٢
أوروبا	٣,٢	٣٦
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٢٣	١٩٤
أمريكا الشمالية	٠,٥	١١
الأوقيانوس	٢	٣٨٢

المصدر: منظمة الصحة العالمية: معدلات ونسب وفيات الأمهات: جداول معلومات متاحة،  
الطبعة الرابعة (حنيف، بصدد الصدور)

٦٧- لئن كانت حساب العدد الإجمالي لوفيات الأمهات أمراً صعباً، فإن تقدير أسباب هذه الوفيات يعد أكثر صعوبة. وقليل من الدراسات تجمع معلومات عن سبب الوفاة في شكل معياري. أو تتبع فئات أسباب الوفاة الموصوفة في التصنيف الدولي للأمراض. غير أنه من الممكن بناء على العدد القليل من الدراسات المجتمعية الجيدة، تقدير تفصيل معدل وفيات الأمهات على أساس أسباب خمسة رئيسية تؤدي إلى الوفاة. ويرد ملخص حدوث مضاعفات القبالة الخمس الرئيسية والوفاة منها في الجدول ٣. وهناك تباينات إقليمية كبيرة في داخل هذه المجموع الإجمالية. ومن المرجح أن يشكل الإجهاد نسبة مئوية أكبر من مجمل معدلات وفيات الأمهات في أمريكا اللاتينية رغم أن نسبة معدلات وفيات الأمهات أقل عموماً في هذه المنطقة بالمقارنة مع معظم أنحاء أفريقيا.

الجدول ٣

مضاعفات القبالة	عدد الحالات بالآلاف	عدد الوفيات بالآلاف	النسبة المئوية لجميع لجمع وفيات الأمهات
النزف الدموي	١٤٣٠٠	١٥٠	٢٥
التقيح	١٢٠٠٠	٩٠	١٥
إضطرابات الحمل الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم والتشنج الحملى	٧١٠٠	٧٥	١٣
تعثر الولادة	٧٣٠٠	٤٠	٧
الإجهاض غير الآمن	١٩٩٠٠	٧٥	١٣
أسباب مباشرة أخرى	٣٦٠٠	٥٠	٨
أسباب غير مباشرة	١٣٥٠٠	١١٠	
الإجمالى	٧٧٦٠٠	٥٩٠	١٠٠

المصدر: منظمة الصحة العالمية، برنامج صحة الأم وسلامة الأمومة (جنيف) تقديرات غير منشورة.  
-العدد التقديرى للأحداث وليس للنساء.

٦٨- أفترض فى هذه الحسابات أن كل مضاعفة من المضاعفات منفصلة عن الأخرى، وبالتالي تحدث مضاعفات فى حوالى ٥٦ فى المائة من حالات الحمل التى تنتهى بمولود حى. وبطبيعة الحال تتباين شدة المضاعفات، وتفيد تقديرات منظمة الصحة العالمية أن حوالى ١٥ فى المائة من جميع النساء يتعرضن لمضاعفات تصل خطورتها إلى درجة تقتضى تدخلا سريعا وعلى أيد مدربة إذا كان الهدف هو تأمين حياة المرأة دون أن تعانى حالات إعاقة طيلة عمرها. وتشمل حالات الإعاقة هذه ناسور الولادة (إصابة المثانة و/أو المستقيم) وأمراض المسالك الإنجابية، ومرض التهاب الحوض، وعدم الخصوبة، والأنيميا، وسقوط المستقيم، وإصابة المخ والكلى والجهاز القلبي الوعائى بالتلف).

٦٩- وتؤدى المضاعفات المتسببة فى وفاة الأمهات وإصابتهن بحالات من الإعاقة إلى إصابة الرضع الذين يحملنهم بالمرض. فمن بين حوالى ٨ ملايين حالة وفاة للرضع كل عام، يقع ثلثها تقريبا فى الفترة الحديثة للولادة، قبل أن يصل سن الطفل إلى شهر واحد. وفى كل عام، يموت ٥ ملايين من الرضع بعد الولادة، ومن بين هؤلاء يموت ٣,٥ مليونا خلال الأسبوع الأول من الحياة. وترجع أسباب وفاتهم إلى حد كبير إلى عدم الرعاية الكافية أو المناسبة أثناء الحمل أو الولادة أو خلال الساعات الحرجة الأولى بعد الولادة. وفى مقابل موت كل وليد هناك طفل آخر يولد ميتا.



الجدول ٤  
أثر مضاعفات الحمل على الأم والطفل

المشكلة أو المضاعفات	أخطر الآثار التي تتعرض لها	أخطر الآثار التي يتعرض لها الوليد-الجنين
أنيميا حادة	قصور القلب	إنخفاض الوزن عند الولادة/ الإختناق/ الموت قبل الولادة
نزف دموي	الصدمة/ قصور القلب/ خمج	الإختناق/الموت قبل الولادة
إضطرابات ناجمة عن إرتفاع ضغط الدم أثناء الحمل	التشنج الحملى / السكتة المخية	إنخفاض الوزن عند الولادة/ الإختناق/الموت قبل الولادة
تقيح نفاسي	التسمم الدموي الجرثومي/ الصدمة	تقيح الطفل بعد الولادة مباشرة
تعثر الولادة	الناصور / تمزق الرحم/سقوط الرحم /إلتهاب السلى أو الأمينون/ التقيح	الموت قبل الولادة/ الإختناق/التقيح/كلم الولادة/ الإعاقة
العدوى المرضية أثناء الحمل والأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي	الولادة قبل أوانها، الحمل المهاجر/ (خارج الرحم)/ رض الحوض الإلتهابي/ عدم الخصوبة	الولادة قبل الأوان/ إصابة عين الوليد/العمى/ الإلتهاب الرئوي/ الموت قبل الولادة/ مرض الزهري الفطري
إلتهاب الكبد	النزف الدموي بعد الولادة /قصور الكبد	إلتهاب الكبد
الملاريا	أنيميا حادة / تخثر مخي	الولادة قبل الأوان /تأخر النمو داخل الرحم
الحمل غير المرغوب فيه	إجهاض غير آمن /خمج / مرض الحوض الإلتهابي/ النزف الدموي / عدم الخصوبة	تزايد خطر الإعتلال/ الوفاة/ إساءة معاملة الطفل وإهماله وهجره
الولادة غير المنظمة	خمج /تيتانوس الأم	تيتانوس الوليد /التقيح

٧٠- وفضلا عن إعتبارات أعداد الوفيات وحالات الإعاقة، هناك أيضا قضية موت الأم. إن الأمهات اللائي يمتن يكن في مقتبل العمر، وفي قمة إنتاجيتهن الإقتصادية والإجتماعية، ويخلفن وراءهن أسرا كثيرة منها يضم أطفالا صغارا يتوجب عليهم أن يعيشوا بدون دعم الراعي الأول لهم ومصدر الغذاء ومولد الدخل.

٧١- ولقد أدت ندرة المعلومات عن سوء الأحوال الصحية للأمهات إلى إهمال المشكلة لفترة طويلة، وهو الإهمال الذي لم يشرع المجتمع الدولي في التصدي له إلا مؤخرا. ومع ذلك هناك الكثير الذي ينبغي أن نعلمه، ليس عن التدخلات المطلوبة لخفض نسبة وفيات الأمهات المعروفة منذ سنوات طويلة مضت، ولكن عن كيفية تنفيذ هذه التدخلات على نحو متواصل

في إطار أوضاع محدودة الموارد. ورغم أن وفيات ألمهات وإعتلالهن من العناصر الرئيسية لسوء الصحة الإنجابية، فإن التصدي لها يستلزم تدخلات تختلف، في نواح كثيرة هامة، عن التدخلات المطلوبة للتصدي لعناصر أخرى لسوء الصحة الإنجابية. وبخاصة، لن يكون من الممكن تحقيق تخفيضات مستدامة في معدلات وفيات الأمهات في غيبة نظم أحياء صحية عاملة، بما في ذلك إنتشار وجود دور للرعاية الصحية للأم على المستوى المجتمعي إلى جانب نظام إحالة مناسب وإدارة سليمة للمضاعفات وحالات الطوارئ.

٦- الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)

٧٧- حتى عهد حديث، كانت الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي ومكافحتها تمثل أولوية متدنية بالنسبة لمعظم البلدان ووكالات التنمية. إن عدم الوعي بشكلة الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي وتعقيداتنا ونتائجها، والتنافس على الموارد لمكافحة مشكلات صحية أخرى هامة وإحجام مقرري السياسة الصحية العامة عن التصدي للأمراض المتصلة بالسلوك الجنسي، كلها عوامل لعبت دورا في هذا الإهمال.

٧٢- وحتى اليوم، تركزت معظم برامج الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي على منع المضاعفات (وقاية ثانوية). وفي الآونة الراهنة، تحظى الوقاية من إنتقال العدوى (وقاية أولية) بإهتمام متزايد بسبب وباء فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والتعرف على كثير من الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي كعوامل خطر بالنسبة لإنتشار فيروس نقص المناعة البشرية.

٧٤- وما زال فيروس نقص المناعة البشرية، وهو حاليا في عتقه الثاني، يتعاظم خطرا بحدوث آلاف من حالات العدوى الجديدة كل يوم. وتفيد البيانات الإجمالية التراكمية أن ١٨,٥ مليونا من الراشدين و١,٥ مليونا من الأطفال أصيبوا بفيروس نقص المناعة البشرية. ومن جميع حالات الإصابات، يوجد ما بين ٧-٨ مليونا من النساء من بينهن ٧٠ في المائة تقريبا في سن الحمل. وحسب بيانات منظمة الصحة العالمية، مازال على قيد الحياة اليوم عدد يتراوح بين ١٣ و ١٥ مليونا من المراهقين والكبار المصابين بالفيروس إضافة إلى نصف مليون طفل.

٧٥- ولا يمكن بعد توقع الأبعاد طويلة المدى لوباء فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) بقدر ما من الثقة. غير أن منظمة الصحة العالمية قامت، على أساس البيانات المتاحة للحالة العالمية الراهنة للوباء والإتجاهات الأخيرة في إنتشاره، بإستنباط نطاق معقول لحالات العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية المتوقعة خلال التسعينات. وتستخدم منظمة الصحة العالمية، في تحديد إسقاطاتها عن مدى إنتشار الوباء

مستقبلا، الحد الأدنى من نطاق تقديراتها الخاصة بإنتشار فيروس نقص المناعة البشرية في كل منطقة. ومن ثم، ينبغي ينبغى أن ينظر إلى النتائج على أنها تتسم بالطابع المحافظ.

٧٦- وخلال هذا العقد، تتوقع منظمة الصحة العالمية أن قرابة ١٠-١٥ مليون حالة جديدة من حالات عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ينتظر وقوعها بين الكبار، ومعظمهم في البلدان النامية. وخلال نفس الفترة، تتوقع منظمة الصحة العالمية أن ٥-١٠ مليون طفل سوف يصابون بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق أمهاتهم، ومعظمهم في أفريقيا جنوب الصحراء. وبحلول عام ٢٠٠٠، ستكون قد حدثت ٣٠-٤٠ مليون حالة عدوى بفيروس نقص المناعة البشرية، و ٩٠ في المائة منها في البلاد النامية. ويتوقع أن يرتفع إجمالي العدد التراكمي لحالات الوفاة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية من الإجمالي الراهن الحالي وهو مليونان إلى ما يتجاوز ثمانية ملايين. وتقدر منظمة الصحة العالمية أيضا أن ٥ ملايين طفل دون العاشرة سوف يتيتمون بحلول نهاية التسعينيات نتيجة لموت آبائهم بسبب فيروس نقص المناعة البشرية. وسوف تتزايد عدد اليتامى أكثر وأكثر في بداية القرن الحادي والعشرين، نتيجة لوفاة تلك الأمهات اللاتي كن قد أصبن بفيروس نقص المناعة البشرية في التسعينات.

٧٧- وللوباء آثار مدمرة على الأفراد والأسر والمجتمعات بأسرها. فبالنسبة للنساء، أضاف فيروس نقص المناعة البشرية عبئا إضافيا إلى أخطار أخرى لها صلة بالأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي والحمل والولادة. ولقد ارتفعت نسبة النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)، وبخاصة في البلدان النامية. ويتعرض الشباب، خصوصا، على الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب. ويقدر أن ٥٠ في المائة من حالات العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية سوف تقع في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة. وهذا الوضع له آثار هامة على إقتصاد الكثير من البلدان نظرا لأن الفئات العمرية الأكثر تضررا - الشباب ومن هم في أواسط العمر من الكبار - تشكل الأساس في القوة العاملة. ويتزايد كذلك العبء الإقتصادي-الإجتماعي للأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي على نحو متزايد من منظور التكاليف المباشرة وغير المباشرة.

٧٨- وعبر السنوات العشر الماضية، ركزت الإستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) على الوقاية وعلى الرعاية أيضا. فلقد عملت الحكومات والنظمات غير الحكومية والمجتمعات وجمعيات وشبكات المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والمنظمات الدولية والقطاعات الصحية والتعليمية وغيرها بأسلوب الشراكة لإستبطان أسلوب للتصدي للوباء.

٧٩- وتتسم الإتجاهات الوبائية للأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي في مناطق مختلفة من العالم، بالإختلاف البين. ففي البلدان النامية، يتسم الوباء بإرتفاع معدلات الإصابة وشيوعها، وإرتفاع مستوى المضاعفات، ووجود مشكلة مزعجة تتمثل في مقاومة مضادات الميكروب والتفاعل مع فيروس نقص المناعة البشرية. وتفيد التقديرات أن ٢٣٣ مليون حالة من حالات الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي القابلة للشفاء تحدث على مستوى

العالم كل عام، ومعظم هذه الحالات تقع في البلدان النامية.

٨٠- وقد ظلت الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي مجالا مهملا في إطار الصحة العامة في معظم البلدان النامية برغم الحقائق الدامغة عن أثرها على الصحة وبخاصة بالنسبة للمرأة والوليد. كما أن الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي كانت لعدة عقود من بين الأسباب الخمسة الرئيسية التي من أجلها يلتمس الكبار في كثير من البلدان النامية خدمات الرعاية الصحية. وفي البلدان الأكثر تصنيعا، من ناحية أخرى، حدث إنخفاض لافت للنظر في حدوث الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي وبخاصة مرضى السيلان والزهرى.

٨١- أما مرض الحواشف البرعمية فهو أكثر الأمراض البكتيرية المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي إنتشارا في أوروبا. ولبعض الوقت، ظل تقدير حدوث هذا المرض دون مستواه الفعلي إلى حد كبير بسبب عدم توفر مراكز التشخيص. وفي البلدان التي تنتهج سياسة نشيطة لمقاومة مرض الحواشف البرعمية، حدث إنخفاض جيد التوثيق في عدد الحالات المرضية، وبخاصة بين النساء.

٨٢- وتشح البيانات الموثوق فيها عن حدوث الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي في البلدان النامية رغم إجراء إستقصاءات عن تفشى الأمراض في كثير من البلدان، وبخاصة في أفريقيا. وبصفة عامة، تظهر بيانات الإستقصاءات وجود معدلات أكثر إرتفاعا لأمراض السيلان والزهرى والحواشف البرعمية من نظيراتها في أوروبا وأمريكا الشمالية. غير أن هناك تباينا كبيرا في مدى تفشى الأمراض، نظرا لتدني مستوى الإصابة عند بعض السكان. وينبغي التشديد على أن معدل تفشى الأمراض البكتيرية المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي ما هو إلا نتيجة لكل من تعرض السكان للأمراض الجنسية ونسبة الأمراض التي لايجرى معالجتها معالجة كافية.

٨٣- والنساء، وبصفة خاصة الفتيات، أكثر تعرضا من الرجال لعدوى الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي ومضاعفاتها (مثل: عدم الخصوبة، والسرطان وأمراض الإلتهابات الأخرى). وثمة مؤشر عن مشكلة الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي في البلدان النامية يتمثل في إرتفاع نسبة حدوث الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي بين النساء اللائي يواظبن على الذهاب إلى عيادات رعاية ما قبل الولادة وتنظيم الأسرة وعيادات الأمراض النسائية. وعلى سبيل المثال يتضح من الدراسات التي أجريت في البلدان النامية أن حوالي ١٩ في المائة من النساء الحوامل يعانين من أمراض السيلان أو الحواشف البرعمية، وحوالي ٢٠ في المائة مصابات بالزهرى.

٨٤- ومن الناحية البيولوجية تعد النساء أكثر حساسية من الرجال للإصابة بأكثر الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، ويرجع السبب في ذلك جزئيا، على أقل تقدير،

إلى كبر مساحة الغشاء المخاطي المعرض لكميات أكبر من مسببات المرض أثناء عملية الجماع الجنسي. والنساء المصابات بأمراض منقولة عن طريق الإتصال الجنسي أكثر عرضة من الرجال لعدم ظهور أعراض المرض عليهن، ومن ثم لا يرجح كثيرا أن يقرن بالتماس العلاج، مما يؤدي إلى إصابتهم بأمراض مزمنة لها مضاعفات تمتد على مدى أطول، وبما يترتب على على هذه المضاعفات من أمراض أخرى.

٨٥- وثمة تداخلات هامة بين برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب من ناحية والأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي وعناصر أخرى من برامج الصحة الإنجابية من ناحية أخرى. ويشكل توفر مرافق تنظيم الأسرة وخدمات رعاية ما قبل الولاد والعناية بصحة الأم فرصة هامة لإجراء التشخيص والعلاج من الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي، وتوفير المعلومات عن الوقاية منها، بما في ذلك السلوك الجنسي الأكثر أمانا والخدمات ذات الصلة مثل توفير الأوكياس الواقية.

#### ٧- الحقوق الإنجابية

٨٦- تعد الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية من الموضوعات الجديدة نسبيا في مجال سياسة السكان. كما أن الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية تمثل موضوعا خلافيا على نحو خاص. فهي تتصل بمجالات الحياة الأكثر إتساما بطابع الخصوصية، مثل الحياة الجنسية، والعلاقات الجنسية والإنجاب، فضلا عن إتصالها بمسائل تعد أساسية بالنسبة للكيفية التي يقيم بها أفراد الأسرة علاقاتهم فيما بينهم والكيفية التي ينظرون بها إلى أنفسهم. وهي أيضا مرتبطة بوضع المرأة وتمكين النساء، وهي شئون تشير في حد ذاتها، خلافا في كثير من البلدان.

٨٧- وقد ينظر إلى الحقوق الإنجابية على أنها حقوق محددة يمتلكها جميع الأشخاص وتؤهلهم للحصول على مجمل طائفة خدمات الرعاية الصحية الإنجابية. وهذه الحقوق تتضمن، على نحو خاص، بالشكل الذي صيغت به في مؤتمرات السكان الدولية الثلاثة السابقة والمؤتمر العالمي الرابع للمرأة، حق جميع الأزواج والزوجات والأفراد في التقرير الحر والمسئول لعدد أطفالهم والمباعدة بين ولادتهم وفي الحصول على المعلومات والوسائل التي تمكنهم من ذلك. وهي تتضمن كذلك الحق في بلوغ أرفع مستويات الصحة الجنسية والإنجابية والحق في إتخاذ قرارات إنجابية بمنأى عن التمييز والعنف والقسر. فضلا عن ذلك، فتند أوضح برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومركز عمل المؤتمر العالمي الرابع للمرأة أن جميع هذه الحقوق متضمنة في القوانين الوطنية وصكوك حقوق الإنسان الدولية وغيرها من الوثائق الدولية التوافقية.

٨٨- ورغم أن مفهوم الحقوق الإنجابية ذو منشأ حديث العهد نسبيا، فإن هناك تأييدا واسع

النطاق لهذه الحقوق في الوثائق الدولية الحالية ومعاهدات حقوق الإنسان. وعلى سبيل المثال، تؤكد الوثائق الختامية المعتمدة في مؤتمرات السكان الدولية الثلاثة والمؤتمر العالمي الرابع للمرأة على الحقوق الإيجابية. وتأسيساً على الصياغة التي وضعت أصلاً في المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان، المعقود في طهران في ١٩٦٨، تنص كل وثيقة من الوثائق على حق جميع الزوجات والأزواج والأفراد في التقرير الحر والمسئول لعدد أطفالهم والمباعدة بين ولادتهم والحصول على المعلومات والتثقيف والوسائل التي تمكنهم من ذلك. ولكن كانت الوثائق ليست ملزمة قانوناً من منظور القانون الدولي، إلا أن لها قوة معيارية عظيمة فضلاً عن تعضيد غالبية واسعة النطاق من الحكومات لها.

٨٩- كما تؤيد المعاهدات الرسمية الدولية الملزمة قانوناً مفهوم الحقوق الإيجابية، وإن لم تذكرها بالإسم. فعلى سبيل المثال، يحتوى العهد الدولي للحقوق السياسية والمدنية (العهد السياسي) على عدد من الأحكام المتصلة بالحق في إتخاذ قرارات طوعية بشأن حمل الأطفال. وبالمثل، يسلم العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (العهد الإقتصادي)- وهو يعد بمثابة المعاهدة الشقيقة للعهد السياسي - بحق الأفراد في التمتع بأرفع مستويات الصحة، ويدعو إلى إيلاء إهتمام خاص للمرأة قبل الولادة وبعدها وتخفيض معدلات وفيات الرضع. وبعد اعتماد معاهدة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (إتفاقية المرأة) في ١٩٧٩، باتت تأييد هذه الحقوق الإيجابية أكثر وضوحاً وقوة. وتدعم القوانين الوطنية أيضاً الحقوق الإيجابية في ظل وجود قوانين تتصل بالرعاية الصحية للطفل والأم، وتوفير الفرصة للحصول على خدمات مختلف أشكال تنظيم الأسرة والتثقيف الجنسي وتوفير العلاج للأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي والوقاية منها في البلدان النامية والمتقدمة النمو على حد سواء.

٩٠- ويتمثل أحد أحجار الزاوية في مفهوم الحقوق الإيجابية في حق فرصة الحصول على أساليب تنظيم الأسرة. وكانت هذه الفكرة أساسية في تعريفات الحقوق الإيجابية منذ البداية، حيث وردت على نحو متكرر في وثائق حقوق الإنسان والسكان بإعتبارها الحق في الحصول على "المعلومات والوسائل" لإتخاذ القرار الحر والمسئول" بشأن عدد الأطفال والمباعدة بين ولادتهم. وبدون إتاحة مثل هذه الفرصة، لن يكون للحقوق الإيجابية معنى حقيقي، وسوف تصبح مجرد كلام في الهواء.

٩١- لقد أصبح سلوك المراهقين الإنجابي مصدر قلق في العالم بأسره. ولا يوجد في معظم البلدان سياسات متسقة لحماية الصحة الإيجابية للمراهقين وصونها، وترجع بعض أسباب ذلك إلى حساسية الموضوع وتعلق كثير من المسائل الرئيسية المتصلة بالحقوق الإيجابية للمراهقين بالزواج. وفي أنحاء كثيرة من العالم، تنتهك حقوق الإنسان الأساسية للمرأة حين يتم تزويجها بدون موافقتها. وعلاوة على ذلك، فبرغم التشريعات الهادفة إلى إنهاء هذه الممارسة تتزوج فتيات في كثير من البلدان بعد فترة المراهقة الجنسية بوقت قصير، ومن المتوقع أن يبدآن في الإنجاب على الفور تقريباً، ويرجع أحد أسباب ذلك إلى عدم وجود فرص بديلة. إن مشكلات الحمل المبكر ليست فقط ذات طبيعة طبية أحيائية، ولكنها أيضاً نتيجة

لتدنى الفرص الإقتصادية والتعليمية للأمهات الصغيرات.

٩٢- وتوجد عقبات كثيرة على طريق تحقيق أهداف الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. فبسبب الطابع الحساس والخلافى للقضايا المثارة، وبخاصة الحياة الجنسية ومنع الحمل وتكوين المرأة والعلاقات الأسرية، توجد مقاومة للتوسع فى الحقوق الإنجابية. وثمة مشكلة رئيسية أخرى وهى مشكلة تصور كلى فى طبيعتها. ففى كثير من البلدان، تعتبر الحقوق الإنجابية وحقوق الإنسان، حسب الطريقة التى عبر بها عنها فى الوثائق الدولية، غير مألوفة للجماهير العريضة من الناس، فضلا عن القدر الضئيل من المعلومات التى تنشر عنها. وبالإضافة إلى ذلك، قد تبدو الحقوق الإنجابية وحقوق الإنسان مجردة فى صياغتها بل وغريبة بالنسبة للتجارب والمواقف والتقاليد المحلية. وفئة أقل الناس تعليما هى التى يرجح على وجه خاص إفتقارها إلى المعلومات المتصلة بحقوقها. والنساء أيضا أكثر عرضة من الرجال لقيود مفروضة على وضعهن الشخصى تحول بينهن وبين الحصول على معلومات بشأن حقوقهن. ومن ثم، لاتعرف كثير من النساء أن لهن حقوقا إنجابية، وبالتالي فإلحتمال ضئيل فى أن يمارسن هذه الحقوق بدون هذه المعرفة.

٩٣- وفى ضوء هذه العقبات، يصبح العمل من أجل تحقيق الحقوق الإنجابية والصحة مقيدا فى نطاقه. وثمة إستراتيجية للتغلب على هذه العقبات تتمثل فى محاولة تعزيز آليات الرصد والإنفاذ للمعاهدات الدولية والإستفادة منها على نحو أكبر. وتتمثل إستراتيجية أخرى فى زيادة توفير المعلومات والتثقيف بشأن الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. ويمكن زيادة الجهود للوصول إلى ملايين الأفراد فى شتى أنحاء العالم ممن لاتتوافر لهم معلومات كثيرة أو تفهم كبير للصحة الإنجابية. ويمكن لهذه الجهود أن تتضمن تقديم حقائق أساسية عن الصحة الإنجابية والنظام الإنجابى، وكذلك معلومات عن كيفية وجود صلة وثيقة بين الصحة الإنجابية وبين موضوعات مثل سن الزواج والتعليم ووضع المرأة والممارسات الضارة مثل تشويه عضو المرأة التناسلى. ويمكن كذلك الإعلان عن وجود وثائق على المستوى الدولى صادقت عليها البلدان وتؤيد الحقوق فى هذه المسائل، وبخاصة حق التقرير الحر والمسئول لعدد الأطفال والمساعدة بين ولادتهم. فضلا عن ذلك، فلضمان فعالية هذه المعلومات، ينبغى أن يزود بها الموظفون الطبيون والقادة الساسيون والمسئولون الحكوميون والمظمات الأهلية.

٩٤- ومن الأمور ذات الأهمية القصوى، أن يقدم مفهوم الحقوق الإنجابية بطريقة تتناسب مع المستوى المحلى. وثمة نهج يتمثل فى الإشارة تحديدا إلى القوانين المحلية التى تؤيد نفسها الحقوق الإنجابية، كالدساتير وسياسات السكان والقوانين الصحية فى مختلف البلدان. ونهج آخر يتمثل فى الإستفادة من الخدمات الإجتماعية المحلية والتقاليد الداعمة للحقوق الإنجابية. ونهج ثالث يتمثل فى الربط بين "الحقوق" والإحتياجات الفعلية على المستوى المحلى، وهى إحتياجات خاصة بخدمات الصحة الأساسية وتنظيم الأسرة والتعليم، على سبيل المثال. إن تنفيذ مفهومى الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية على المستوى المحلى يقتضى إدماجهما فى البنى الدينية والسياسية والإجتماعية، وبالتالي يصبحان جزءا من نسيج المجتمع المعقد.

٩٥- فى مجال السكان، يستخدم مصطلح الإعلام والتثقيف والإتصال بإعتباره المجموعة المؤتلفة لجميع العمليات الثلاث لتوفير معلومات بشأن الخدمات، وخلق وعى شعبى والدعوة للعمل من أجل قضايا السكان والتنمية. وقد جرى العرف على إعتبار تدخلات برامج الإعلام والتثقيف والإتصال فى مجال السكان كجزء لايتجزأ من برامج التنمية القطرية، لأنها تستهدف إحداث تغييرات كبيرة فى سلوك ومواقف جماهير محددة، على أساس دراسة إحتياجاتهم وإدراكهم.

٩٦- ويقتضى تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية دعوة ودعما سيابيين، بإعتبار ذلك إلتزاما كاملا بمبادئ المؤتمر وأهدافه ومقاصده. إن الدعوة الفعالة جوهرية لخلق الوعى بالحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية، ويمكن تسهيل القيام بها عن طريق إستخدام إستراتيجيات فعالة للإعلام والتثقيف والإتصال فى مجال السكان. وتنبثق أهمية الإعلام والتثقيف والإتصال فى مجال السكان فيما يتعلق بالحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية من التسليم بأنها أدوات هامة تحفز حدوث تغييرات فى السلوك والمواقف. وفى مجال إيجاب الإنسان وصحته، استخدمت إستراتيجيات مختلفة فى محاولات لتطوير المواقف الإيجابية وتشجيع السلوك الصحى والمسئول، والعمل على زيادة مشاركة المجتمع فى الأنشطة السكانية وتسهيل قبول البرامج الشعبية فى بيئات ثقافية مختلفة.

٩٧- وينبغى أن يكون أحد الأهداف الرئيسية للإعلام والتثقيف والإتصال فى مجال السكان حفز مقررى السياسة ومدراء البرامج ومقدمى الخدمات والمجتمعات على أن يترجموا إلى أعمال مفهوم الحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية، بما فى ذلك تنظيم الأسرة. وهذا سوف يقتضى تعزيز القدرات الوطنية للقيام بالأنشطة المناسبة للإعلام والتثقيف والإتصال. وسوف يقتضى أيضا أن تكون رسالات الإعلام والتثقيف والإتصال فعالة وأن تستجيب نظم خدمات الولادة لتزايد الطلب الذى تسهم هذه الرسالات فى توليده.

٩٨- ويوجد تنوع كبير فى برامج الإعلام والتثقيف والإتصال فى مجال السكان تجمع ما بين الإستراتيجيات الجماهيرية ونهج الإتصال الفردية والجماعية، وتستخدم قنوات مختلفة، بدءا من دعم الأفراد والنظراء بعضهم لبعض الآخر وإنتهاء بالمناهج الدراسية المدرسية، وبتأثير من الوسائط التقليدية والفضولكلورية وإنتهاء بالترويج الجماهيرى ووسائط الإعلام وإنتاج مواد محددة ونشرها. ويتضمن طيف الأنشطة مجموعة كبيرة من العمليات التى تشمل حملات زيادة الوعى، والمعارض الفنية، ومسابقات الملصقات والتصوير، والرسم وتصميم وتطوير وتوزيع المواد الإعلامية والتثقيفية والإتصالية والمواد التدريبية؛ وطبع وتوزيع الكتيبات والنشرات والكتب الترفيحية التى تتناول تنظيم الأسرة والصحة الجنسية ووسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرى ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)؛ والبرامج الإذاعية والتليفزيونية ولاسيما المسلسلات الإذاعية التى تتناول موضوعات ذات صلة بتنظيم الأسرة وفيروس نقص المناعة البشرى ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)، والتمثيلات وعروض مسارح العرائس؛ والندوات الدراسية وحلقات العمل، وخطوط الهاتف الساخنة، وتقديم المشورة الوقائية، بما فى ذلك توزيع الأكياس الواقية. ويمكن لهذه الأنشطة، إذا تم



٤

تخطيطها على نحو إستراتيجي ومنسق أن تسهم إسهاما كبيرا في تأثير البرامج السكانية.

٩٩- ولقد تم تحديد ثلاث قضايا أساسية في البرامج السكانية الخاصة بالإعلام والتثقيف والاتصال. أولا: إمكانية تأثير الظروف السياسية والثقافية والاجتماعية على الاعتراف بالحقوق الإيجابية، وما يترتب على ذلك من الحد من فرص الحصول على خدمات الصحة الإيجابية ومعلوماتها، ويمكن أن تشكل الأساطير والجهل عقبات كبيرة في هذا الصدد. وثانيا: عدم الربط دائما على نحو مناسب بين أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال وتوفير المعلومات والخدمات الخاصة بالصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة. وثالثا: الحاجة إلى توفر مؤشرات كافية لقياس التقدم في هذا المجال.

١٠٠- وعلى السياسات والتشريعات السكانية دور كبير ينبغي أن تضطلع به في خلق بيئة داعمة للصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة. وتعتبر مهمة أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال حين تدعمها السياسات السكانية والتشريعات المناسبة. ومن المسلم به كذلك أن أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال تعد أدوات قيمة في تسهيل تفهم وقبول أهداف السياسات السكانية ومقاصدها.

٤

١٠١- وعادة ما تشكل برامج تنظيم الأسرة والصحة الإيجابية عنصرا رئيسيا في السياسات والإستراتيجيات السكانية الوطنية، وتوفر أنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال دعما برنامجيا قويا لها. وتوثيق العلاقات بين هذه الأنشطة سوف يجعلها متعاظمة، مما يمكن البرامج الوطنية من تلبية أفضل للمطالب التي لم يتم الإستجابة لها بعد من خلال توفير خدمات رفيعة المستوى لتنظيم الأسرة والصحة الإيجابية. ويتضمن الكثير من هذه البرامج أيضا الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) ومقاومتها. وأنشطة الإعلام والتثقيف والاتصال تعد بمثابة أدوات قيمة للوصول إلى المجموعات المعرضة للخطر، وبخاصة المراهقين، وزيادة التوعية والترويج للتغيير السلوكي.

١٠٢- ويشكل التثقيف السكاني إستراتيجية مشتركة أخرى إعتدتها الحكومات كجزء من سياساتها السكانية. وتغطي برامج التثقيف السكاني عادة موضوعات تتراوح بين اليناميات السكانية والحمل وتنظيم الأسرة، وحياة الأسرة، والتربية الجنسية، وشملت منذ عهد قريب الأساليب الجديدة للنظر إلى القضايا الجنسية وفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) والأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي. ولقد ثبت على نحو مطرد أن برامج التثقيف في شئون الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) يمكن أن تسهم في تخفيض الممارسات غير الآمنة بين المراهقين الناشطين جنسيا وفي تخفيض حالات الحمل المبكر.

١٠٣- ويدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى إتباع نهج إستراتيجي منسق

تجاه الإعلام والتثقيف والإتصال، على أن يتم الربط بين هذا النهج وبين السياسات السكانية والإنمائية الوطنية ومجموعة كاملة من الخدمات في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والصحة الجنسية، وأن يكون مكتملاً لها.

(United Nations, 1995a, Chap.1, Res. 1, Annex, para 11.19)

وتحقيق مثل هذا الهدف يقتضى إيلاء إهتمام خاص لمجالات الأولوية التالية:

**(أ) المتطلبات البيانات والمؤشرات والبحث المسبق.** ينبغى أن يحظى تطوير آليات مناسبة لجمع البيانات وإستحداث أدوات لتقدير الآثار البرنامجية وتقييمها بأولوية رفيعة المستوى. وينبغى أن يعتبر من الأولويات تقديم المساعدة للبرامج القطرية لتطوير نظم معلوماتها أو تعزيزها لإدارة برامج الإعلام والتثقيف والإتصال.

**(ب) المراهقون.** بسبب المرحلة الحرجة لنموهم الشخصى، تمس حاجة الشباب، وبخاصة المراهقين، للحصول على معلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية، وأيضاً عن وسائل أخرى ذات صلة بذلك مثل إساءة إستخدام العقاقير والعنف. ومعظم الشباب معرض للتأثر بوسائط الإعلام والتعليم المدرسى وأفراد الأسرة وزملائهم والمجتمع بأسره، ومن خلال هذه القنوات الرئيسية الثلاث يحصلون على المعلومات والثقافة والمهارات المطلوبة للتقدم على طريق الرشد الوعرة. وتوفير المعلومات بشأن الحياة الجنسية والحمل والأمراض المنقولة عن طريق الإتصال الجنسي إلى جانب معلومات عن الخدمات المحلية وإسداء المشورة يعد طريقة فعالة لمساعدة الشباب. ومشاركة الشباب فى هذه الأنشطة تعمل على ضمان سلامة الرسائل الموجهة وإقتناع أقرانهم بها. ويمكن لهم أيضاً المشاركة فى تيسير الحوار المجتمعى الذى ينبغى أن يربط بهذه الجهود. ويمكن كذلك لمنظمات الشباب أن تلعب دوراً كبيراً فى النهوض بصحة الشباب فى المدرسة وخارجها فضلاً عن إسهامها فى جعل البيئة الشعبية المباشرة أكثر دعماً. ويمكن لمجموعات الشباب أن تقيم صلات مع القطاع الصحى وأن تسهم فى جعل الخدمات الصحية محببة للشباب. وهذه المنظمات تستطيع أن تلعب دوراً فى إشراك الآباء ومساعدتهم على فهم أبنائهم المراهقين وتوفير الدعم لهم.

**(ج) المساواة بين الجنسين والإنصاف.** يؤكد برنامج العمل على ضرورة المشاركة والشراكة الكاملتين من جانب كل من الرجال والنساء على حد سواء فى الحياة الإنجابية. ويعد التثقيف والإعلام اللذان يعززان هذه الأهداف، إلى جانب الحياة الجنسية المسئولة وإحترام المرأة، من المتطلبات الأساسية لتحسين مركز المرأة ودورها فى المجتمع. وزيادة تثقيف الفتيات والنساء يسهم فى تمكينهن وتحسين صحة الأسرة. كما أن توسيع نطاق معلومات المرأة عن الصحة الإنجابية وتوسيع إطار فرص إختيارها يمكنها من بلوغ أهدافها الإنجابية. ويمكن لأنشطة الإعلام والتثقيف والإتصال أن تسهم فى إستئصال الممارسات الضارة ضد المرأة والبنات، مثل تشويه العضو التناسلى للمرأة؛ وإسترعاء الإهتمام إلى الإحتياجات الصحية للأطفال من البنات؛ ووضع نهاية للممارسات الغذائية التى تميز ضد البنات؛ وإشراك الرجال فى البرامج الصحية وبرامج تنظيم الأسرة؛ وإزالة الحواجز أمام حقوق المرأة وإنفاذ التشريعات الخاصة بالزواج المبكر، والإستغلال الجنسي والعنف؛ وضمان حصول المرأة على فرصة متكافئة فى

الحصول على التعليم وضمان الفرصة المتكافئة لها فى العمل وفى الحصول على أجر متساو لعمل متساو ؛

(د) مشاركة مستخدمى البرامج. تزيد مشاركة مستخدمى البرامج فى تصميم وتنفيذ وتقييم التدخّلات البرنامجية للإعلام والتثقيف والإتصال من إحتتمالات نجاح هذه البرامج. ذلك أن لكل من الجموعات السكانية المختلفة نظرتها الخاصة، وأراؤوها وأفكارها فى مختلف المجالات، وبخاصة فيما يتعلق بقضايا الجنس والصحة الإنجابية. ويقتضى الإتصال بهم على نحو فعال الحصول على مشاركتهم المباشرة؛

(هـ) تدريب الموظفين. ينبغى تدريب الموظفين الصحيين على القواعد الأساسية لشئون الإعلام والتثقيف والإتصال للوفاء بالإحتياجات الخاصة للسكان الذين يقومون على خدمتهم، بما فى ذلك العلاقات بين الأفراد، والحياة الجنسية وإسداء المشورة، وتدريبهم كذلك على أسلوب تشكيل الفريق، الذى سينهض بالعمل مع العاملين فى قطاع الرفاه الإجتماعى، والمعلمين، والآباء وقادة المجتمع. وينبغى لتدريب المعلمين ومجموعات الطلبة على العمل مع الطلاب الآخرين فى أنشطة التثقيف وإسداء المشورة أن يركز على تقنيات حل المشكلات، والإصغاء، والإتصال غير القائم على إصدار أحكام على الآخرين، وحل النزاعات، وإتخاذ القرارات، وإسداء المشورة والتثقيف، والإحتياجات الجنسية والإنجابية.

### مذكرة

١/ تم تعريف الإجهاض غير الآمن بأنه إجراء لإنهاء حالة حمل غير مرغوب فيها إما بواسطة شخص يفتقر إلى المهارات الضرورية أو فى بيئة تفتقر إلى توفر المستويات الطبية الدنيا أو كلاهما. (على أساس تقرير منظمة الصحة العالمية: الوقاية من الإجهاض غير الآمن وإدارته، تقرير الفريق العامل الفنى (جنيف) (WHO/MSM/92.5) وقد أستخدم هذا التعريف فى برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، تقرير المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤. (منشورات الأمم المتحدة، مبيعات رقم (E.95.XIII. 18)

Reference

Larsen, Ulla (1994), Sterility in sub-Saharan Africa. Population Studies (London), vol. 48, No.3 (November), pp. 459-474.

United Nations (1992). Abortion Policies: A Global Review, vol. 1, Afghanistan to France. Sales No. E. 92. XIII.8

(1993). Abortion Policies: A Global Review, vol. II, Gabon to Norway. Sales No. E. 94. XIII.2.

(1995a) Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. Sales No. E.95.XIII.18

(1995b) World Population Prospects: The 1994 Revision. Sales No. E.95.XIII. 16

(1995c) Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys. Sales No. E.95 XIII.23 >

(1995d) Abortion Policies: A Global Review, vol. III, Oman to Zimbabwe. Sales No. E.95.XIII.24 >

(forthcoming) World Population Monitoring, 1996

World Health Organization (1991). A tabulation of available data on prevalence of primary and second infertility. Programme on Maternal and Child Health and Family Planning, Division of Family Health. WHO/MCH/91.9. Geneva. Unpublished

(1994). Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion, 2nd ed. Geneva.